

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Kateřina Pospíšilová

Název závěrečné práce

Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po operaci nádoru slinivky břišní.

Nursing casuistry about the patient after cancer pancreas operation.

Ošetrovatelská kazuistika

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce

PhDr. Helena Chloubová

Datum práce

Praha, 30.4.2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Kateřina Pospíšilová

V Praze dne 30.4.2009

Poděkování

Děkuji tímto paní A.H. za poskytnuté informace, které jsem mohla použít ve své závěrečné práci a PhDr. Heleně Chloubové za vedení, připomínky a cenné rady, které mi pomohly při sestavení mé bakalářské práce.

Kateřina Pospíšilová

V Praze dne 30.4.2009

Obsah:

ÚVOD	5
A. KLINICKÁ ČÁST	6
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	6
2.. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	16
3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY	17
3.1 Lékařská anamnéza	17
3.2 Lékařské diagnózy	19
4. PŘEHLED DIAGNOSTICKÝCH VYŠETŘENÍ	20
4.1 Fyziologické funkce	20
4.2 Fyzikální vyšetření	21
4.3 Laboratorní vyšetření	23
4.4 Další diagnostická vyšetření	23
5. TERAPEUTICKÁ PÉČE	24
5.1 Chirurgická péče	24
5.1.1 Operační protokol	24
5.1.2 Status praesens	25
5.1.3 Péče o operační ránu	26
5.1.4 Péče o invazivní vstupy	27
5.1.5 Léčebná poloha a léčebný režim	28
5.1.6 Oxygenoterapie	28
5.2 Farmakoterapie	29
5.3 Fyzioterapie	31
5.4 Dietoterapie	31
6. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE	32
B. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	33
1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta	33
1.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci ze dne 6.4.	33
1.2 Fyziologické potřeby	33
1.3 Psychosociální potřeby.	39
2. Ošetřovatelské diagnózy	44
3. Plán ošetřovatelské péče – cíle, plán, realizace, hodnocení	45
4. Edukace	56
5. Závěr a prognóza	57
C. ZDROJE POUŽITÝCH INFORMACÍ	59
1. Seznam literárních zdrojů	
2. Seznam dalších zdrojů	
3. Seznam zkratk	

Přílohy 1 – 11

ÚVOD

V rámci odborné ošetrovatelské praxe jsem měla možnost seznámit se s prací sestry na chirurgické jednotce intenzivní péče, která se mi velice líbila. Chirurgická problematika mě oslovila svoji rozmanitostí a poměrně vysokou odborností sesterské práce. Obor chirurgie mě také velice zaujal tím, že na oddělení bylo neustále živo, práce sestry nebyla stereotypní a doprovázely ji neustále změny.

Pacientku po operaci nádoru slinivky břišní jsem si nevybírala záměrně, ale spolupracovala jsem s její ošetřující sestrou, která mě motivovala k výběru právě této pacientky.

Pacientka i přes svůj polymorbidní stav byla velice optimistická a během společného ošetřování jsme se velice sblížily. Jsem ráda, že jsem s ní mohla zpracovávat závěrečnou ošetrovatelskou práci.

V České republice incidence karcinomu pankreatu narostla v letech 1975 – 1996, tj. za 20 let, na 150%. V roce 1998 bylo v České republice hlášeno 803 nových případů u mužů a 797 u žen. Absolutní incidence je u obou pohlaví nejvyšší mezi 65 – 75 lety. První případy zhoubného onemocnění slinivky břišní se vyskytují již v 35. roce a od 45. roku incidence výrazně stoupá. V České republice je však pouze 40% nádorů pankreatu histologicky verifikováno, 63% je klasifikováno jako primárně pokročilé onemocnění, jen 4,5% jako časně stadium. Alarmující je skutečnost, že 32% případů nádorů slinivky břišní je neléčeno a diagnostikováno až při úmrtí. (5b)

A. KLINICKÁ ČÁST

1.1 Charakteristika onemocnění – nádory pankreatu

Nádory slinivky břišní se obecně dělí na nádory exokrinní a nádory endokrinní části. Nejčastějším nádorem exokrinní části je duktální adenokarcinom (asi 80%) vycházející z pankreatických vývodů. Méně časté jsou adenokarcinomy z acinárních buněk, cystadenomy, anaplastické a plochobuněčné karcinomy s výskytem každé varianty po 4%.

(5b)

1.2 Etiologie a patogeneze

Pro karcinom pankreatu není známo specifické patogenetické agens. Častější je u kuřáků, nikoli však v míře jako bronchogenní karcinom. Jsou opakovaně podnikány pokusy klerovat výskyt karcinomu pankreatu s pitím černé kávy, alkoholu, s přítomností chronické pankreatitidy, s déletrvajícím diabetem, nicméně dosud bez zjevného průkazu těchto asociací.

Karcinom může být lokalizován ve všem částech pankreatu. Karcinom hlavy pankreatu prorůstá často do žlučového systému a do parapankreatických cév. Karcinom těla a ocasu může dosáhnout značných rozměrů, infiltruje okolí, prorůstá do žaludku, duodena a tenkého střeva. Metastazuje především do regionálních lymfatických uzlin a do jater. U pokročilého nádoru je častá i peritoneální diseminace nádoru, v dalších fázích pak metastázy plicní a kostní. (5b)

1.3 Klinický obraz

Časná stadia karcinomu pankreatu jsou v drtivé většině asymptomatická. Při fyzikálním vyšetření lze u některých nemocných zjistit hmatný, nebolestivý žlučník (Curvoisierovo znamení), může být přítomen ascites, někdy jsou hmatné i nádorové hmoty. U pokročilejšího stadia může být hmatná tzv. Virchowova uzlina v levém nadklíčku. Prvním příznakem u nádoru hlavy pankreatu bývá hyperbilirubinémie až klinický ikterus z přímého útlaku žlučovodu. Při invazi karcinomu do periampulární oblasti se toto onemocnění může projevit krví ve stolici, prokázané spíše laboratorně než mikroskopicky. Karcinom ocasu pankreatu se může projevovat bolestmi páteře, které jsou mylně považovány za bolesti vertebrogenní. U mladších osob, kde jsou přítomny dyspeptické potíže a bolesti zad je nutno pomýšlet na karcinom ocasu pankreatu, zejména, když RTG nález nevysvětlí bolesti páteře. Abdominální bolesti, bolest v zádech, anorexie, hubnutí, dyspepsie, slabost, únava a nauzea provázejí již pokročilejší a často inoperabilní fáze tohoto dlouho skrytě probíhajícího onemocnění. Expanzivní růst nádoru do peritonea bývá provázeno krutými viscerálními bolestmi trvalého charakteru, které jsou jen částečně ovlivnitelné farmakoterapií. Destrukce pankreatu nádorem se může projevit náhodně zjištěnou hyperglykemií. (5b)

K hlavním komplikacím karcinomu pankreatu patří především obstrukce duodena s poruchou pasáže a útlak choledochu s hyperbilirubinemií až klinicky projeveným ikterem. Krvácení do GIT z invaze nádoru je méně častou komplikací. Již první známky těchto komplikací by měly být zachyceny a řešeny spojkovými operacemi nebo stentováním, protože jejich rozvoj nesporně zkrátí život nemocného bez ohledu na dynamiku progresu nádorového onemocnění. Zajištění pasáže trávicím ústrojím a drenáže žlučových cest je první podmínkou před jakoukoli další úvahou o paliativní léčbě. (5c)

1.4 Diagnostika

První diagnostické kroky obvykle směřují k objasnění symptomatologie přivádějící nemocného k lékaři. Při abdominálním dyskomfortu, bolest v nadbříšku a nevolnosti s hubnutím je nezřídka prvním vyšetřením **ultrasonografie**, kde se nádor pankreatu zobrazí jako nehomogenní hypoechogenní masa. Při ikteru následuje po orientační ultrasonografii **ERCP**. Není – li proveditelná, je při dilatovaných nitrojaterních žlučovodech indikována **PTC – perkutánní transhepatická cholangiografie**. Tyto metody pouze ozřejmí lokalizaci a povahu blokády žlučových cest, pro diagnostiku nádoru slinivky břišní zůstává suverénní diagnostickou metodou **CT – počítačová tomografie**, případně **MR – magnetická rezonance**. Vyšetření CT je vhodné i k posouzení operability nálezu. Velmi užitečné je též vyšetření **PET – pozitronová emisní tomografie**, která pomůže ozřejmit přítomnost menších nádorových ložisek. Předoperačnímu rozhodování o potenciální operabilitě může napomoci také **selektivní angiografie**. Přínosná může být i **biopsie** prováděna pod USG kontrolou. Z laboratorních vyšetření nacházíme pozitivní sérové markery CEA, CA 19 – 9, CA 50 a DUPAN – 2. Zvláště jejich dynamiku při odběru po několika týdnech může pomoci rozhodnout o povaze pankreatického infiltrátu.

Pro praktické účely, včetně přehledů hlášení zhoubných novotvarů v datech Národního onkologického registru, pro určení rozsahu onemocnění a jeho případné operability se používá TNM klasifikace. T – tumor, stanovuje rozsah primárního nádoru, který je vyjádřený indexem T1 – T4. N – noduli, popisuje stav regionálních mízních uzlin. M – metastázy, informuje o metastázách. V případě slinivky břišní TNM viz tabulka č. 1

Tabulka č. 1

STADIUM	ROZSAH POSTIŽENÍ	TNM
I.	T1 – nádor je omezen na pancreas	
	T1a – nádor je v nejdelším průměru pod 2 cm	T1, N0, M0
	T1b – nádor je větší než 2 cm	T2, N0, M0
	T2 – nádor prorůstá do duodena, žlučovodu nebo peripankreatické tkáně	
II.	T3 – nádor prorůstá do žaludku, sleziny, velkých cév nebo transverza	T3, N0, M0
III.		Jakékoliv T, N1, M0
IV.		Jakékoliv N, M1

6c – Klener, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002 – str. 430

6d – Klener, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002 – str. 431

1.5 Morfologie nádorů slinivky břišní

Benigní nádory

Inzulinom je nejčastější endokrinní nádor pankreatu (70 – 75%) vycházející z beta buněk Langerhansových ostrůvků. Nádor secernuje velké množství inzulínu způsobující hypoglykémii, zejména nalačno. Hypoglykemie, která nejprve irituje a zvyšuje aktivitu CNS, při delším trvání ireverzibilně poškozuje mozkové funkce. Klinicky se projevuje u 80% neurologickými a psychiatrickými příznaky způsobenými chronickou hypoglykemií. Nádor diagnostikujeme průkazem tzv. Whippleovy triády (hypoglykemické stavy při hladovění, hypoglykemie pod 2 mmol/l během záchvatu, ústup potíží po podání glukózy).

Nezidioblastóza je vyskytuje velice vzácně v novorozeneckém věku a klinicky se projevuje perzistující hyperinzulinickou hypoglykemií. Novorozenec nebo kojenec je bledý, opocený, apatický, má křeče a hypoglykémii. Léčba spočívá v chirurgickém odstranění části pankreatu.

Gastrinom je druhý nejčastější nádor endokrinního systému s frekvencí výskytu 20 – 25%. Nejčastěji se vyskytuje ve věku 30 – 50 let s větší převahou mužů. Gastrinom produkuje gastrin, který stimuluje žaludek k vyšší tvorbě HCl. Klinicky se projevuje příznaky, které jsou typické pro vředovou chorobu. Třetina nemocných má průjmy způsobené jejunitidou z kyselého pH.

Vipom je endokrinní nádor, který stimuluje střevní sekreci a tlumí sekreci žaludku, vyvolává hypoglykémii. Klinicky se projevuje hojnými a vodnatými průjmy bez krve a bez hlenu (3 – 10 litrů denně). Dále laboratorně nacházíme hypokalémii, hypochlórhydrii až achlórhydrii. Dvě třetiny nemocných má bolesti břicha, ubývají na hmotnosti.

Glukagonom je nádor vycházející z alfa buněk Langerhansových ostrůvků. Produkuje glukagon, somatostatin, vazomotorní intestinální polypeptid a pankreatický polypeptid. Klinicky se projevuje glukagonovým syndromem (kožní migrující edém, DM, ztráta hmotnosti, bolavý zarudlý jazyk, trombóza, deprese).

Somatostatinom je nádor vycházející z delta buněk. Svojí sekrecí somatostatinu inhibuje sekreci všech gastrointestinálních hormonů, zpomaluje vyprazdňování žaludku a žlučníku a tlumí motilitu střev. Projevuje se příznaky DM, žlučových kamenů, průjmy, žaludeční hypochlórhydrie.

Ppoma – nádor secernující pankreatický polypeptid se vyskytuje minimálně, popsáno je pouze několik případů. Maligní je u 20 – 40% nemocných tímto nádorem a léčba je chirurgickou resekcí.

Kortikotrofinom je endokrinní nádor a je příčinou asi 10% Cushingových syndromů pro ektopickou nadprodukci ACTH. Vyskytuje se u mužů nad 50 let věku a často metastazuje.

Nefunkční nádory endokrinního pankreatu jsou hormonálně tiché hormony, protože hormon jimi produkováný je buď produkováný v malém množství, nebo způsobuje nespecifické příznaky, nádor může produkovat prekurzory hormonů nebo je hormon jím produkováný dosud neidentifikováný.

Maligní nádory

Karcinoid pankreatu je nádorem endokrinního systému, často se projeví až když jsou metastázy v játrech. Léčba spočívá v chirurgické resekci. (14)

Karcinom pankreatu vzniká z exokrinní části. Intrapankreatická část žlučového je jím značně zúžená nebo zcela uzavřená. Dlouho bývají asymptomatické atak první příznaky už mohou znamenat metastatický rozsev. (6)

1.6 Terapie

Chirurgická léčba je jediná metoda, která dává šanci na vyléčení. Předpokladem je včasná diagnostika - stadium I (viz tabulka č. 1) a dobrý celkový stav nemocného. K základním chirurgickým výkonům pro nádor pankreatu patří hemipankreatoduodenektomie (Whippleova operace), totální pankreatektomie a distální pankreatektomie. Při první operaci je nutno řešit anastomózu střeva a žaludku, biliodigestivní a pankreatodigestivní anastomózu.

Realitou karcinomu pankreatu karcinomu zůstává, že dominující chirurgické výkony jsou paliativní spojkové operace. Přestože to nejsou výkony kurativní, neměl by se jejich význam podceňovat, protože mohou prodloužit život nemocných a zlepšit kvalitu zbývajících života. Významnou paliaci přinášejí endoskopické výkony. Je to duodenobiliární drenáž s plastickým drénem nebo perkutánní zevně – vnitřní drenáž s použitím samoexpandibilních drénů tam, kde očekáváme přežití delší než 3 měsíce. (5d)

6d – Klenner, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002 – str. 431

7 – Mačák, J., Mačáková, J., Patologie, Praha, Grada Publishing, 2002 – str. 248

15 – Zeman, M. a kolektiv, Speciální chirurgie, Praha, Galén, 2006 – str. 138

Chemoterapie jedním cytostatikem znamená jen velmi diskutabilní a malý přínos. Základním cytostatikem pro paliativní chemoterapie inoperabilních forem karcinomu pankreatu zůstává 5 – fluorouracil. Byla též vyzkoušena intraarteriální chemoterapie kombinací čtyř cytostatik. Vzhledem k malé účinnosti chemoterapie se hledají i jiné léčebné metody.

V terapii je nutné zohlednit skutečnost, že karcinom pankreatu bývá provázen exokrinní i endokrinní pankreatickou nedostatečností. Proto je vhodná substituční léčba pankreatickými enzymy, popřípadě léčba inzulinem, která závisí na stupni poruchy glukózové tolerance.(5e)

Radioterapie zevním ozářením připadá u karcinomu pankreatu v úvahu nejspíše v synchronním podání s chemoterapií. Při samotném paliativním ozáření se aplikuje dávka 45 – 60 Gy. Pracoviště vybavená intraoperační radioterapií uvádějí zlepšení léčebných výsledků u primárně lokálně pokročilých nádorů. (5f, 22)

Prognóza

Chemoterapií pokročilého karcinomu pankreatu je dosaženo přežití maximálně 5 – 8 měsíců. Bez chemoterapie 2 – 4 měsíce, což umožňuje pokládat podání paliativní chemoterapie u pokročilého karcinomu za oprávněné i při její limitované účinnosti.(5f)

1.7 Prevence

Narůstající incidence zhoubných nádorů představuje závažný problém z mnoha hledisek. Kromě medicínského hlediska se nádorová onemocnění stávají též ekonomickým problémem, neboť diagnostika a léčba nádorů je finančně nákladná. Omezení výskytu nádorů bereme tedy jako celospolečenský úkol.

Primární prevence si klade za cíl odstraňovat nebo omezovat možné příčiny vzniku nádorových onemocnění. Rizikovými faktory pro vznik nádorových onemocnění je kouření, alkohol, černá káva, příliš tučná a ostrá jídla, obezita, nedostatek vitamínů, nevhodný způsob přípravy potravy. Mezi protektivní nutriční faktory řadíme dostatečné množství vlákniny v přijímané stravě, vitamíny A, C a E a stopové prvky. Ochrana před zářením a před fyzikálními i chemickými kancerogeny. (5a)

6a – Klener, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002 – str. 107

6e – Klener, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002 – str. 432

6f – Klener, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002 – str. 433

22 – <http://www.labo.cz/mft/jedjine.htm>

Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a sledování rizikových jedinců nebo skupin obyvatelstva, ve vyhledávání prekanceróz. K tomu slouží preventivní prohlídky, screening. **Terciální prevence** znamená sledování nemocných s vyléčeným nádorem s cílem včas odhalit recidivu nebo relaps onemocnění. K tomu nám přispívá dispenzární péče. (5a)

1.8 Standartní před a pooperační ošetrovatelská péče

Předoperační péče

Předoperační péče rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Do dlouhodobé péče patří kompletní předoperační vyšetření (vyšetření chirurgem a internistou, laboratorní vyšetření krve a moče, EKG, RTG srdce a plic).

Krátkodobá příprava je časově vymezena na 24 hodin před zákrokem. Pacient přichází na standartní oddělení chirurgické kliniky zpravidla jeden den před operačním výkonem. Je s ním vyplněna přijímací dokumentace (lékařská i ošetrovatelská). Sestra vybaví pacienta identifikačním štítkem, který mu připevní na levou horní končetinu. Na štítku je pacientovo jméno a příjmení, datum narození a příslušné nemocniční oddělení. Dále je pacient zaveden na nemocniční pokoj a je seznámen s chodem oddělení.

Krátkodobá příprava z hlediska jednotlivých potřeb pacienta.

Výživa a tekutiny – anestézie potlačuje funkci gastrointestinálního traktu, hrozí zvracení a následná aspirace během výkonu a v bezprostředním pooperačním období, proto je nezbytné, aby pacient dodržoval pokyny pro lačnění. Všeobecně pacient od půlnoci dne před operací nejí, nepije a nekouří. Pitný režim se upravuje dle pořadí pacienta v operačním plánu, měl by alespoň 4 – 6 hodin před výkonem nepít. Pozornost je třeba věnovat pacientům s poruchami výživy (projevy malnutrice, dehydratace, pacienti s DM), zde je nutno zajistit přívod energie a tekutin parenterální cestou.

Vylučování – pacient dodržuje lehkou, kašovitou stravu tři dny před nástupem do nemocnice pro snadnější vyprazdňování a jako prevence zácpy, v případě nutnosti se podává večer před operací jednorázové malé klyisma. Ráno v den operace se ženám zavádí PMK, mužům se zavádí až na operačním sále.

Hygiena – předpokládá se celková hygiena ze strany pacienta. Je potřeba věnovat pozornost stavu nehtů (ostříhané, čisté a nesmí být nalakované), vlasům a pupku.

5 – Juřeniková, P., Ošetrovatelství pro SZŠ, chirurgie, pediatrie, gerontologie, Uherské Hradiště, 1999 – str.13
6 – Klener, P., Klinická onkologie, Praha, Galén, 2002

Příprava operačního pole – cílem přípravy je snížit možnost infekce, proto je potřeba operační pole vyholit (zvláště u mužů), omýt a případně odmastit.

Odpočinek – adekvátní odpočinek pomáhá zvládnout stres operace, proto je nerušený spánek před operací velmi důležitý. Často jsou pacientům na noc ordinována hypnotika nebo sedativa (v rámci premedikační přípravy).

Cennosti a protetické pomůcky – šperky, cennosti a větší obnosy peněz je nutno uložit do centrálního trezoru nemocnice a to proti podpisu, nejlépe s přítomným svědkem. Protetické pomůcky ukládáme do skříně na oddělení, vždy podepsané jménem a příjmením pacienta, nebo se přibalí k věcem, které bude mít pacient s sebou na JIP. Stejně tak zubní protézu je nutno vždy odstranit z úst, uložit ji do podepsané nádoby a přibalit k osobním věcem pacienta. K protetickým pomůckám patří i kontaktní čočky, naslouchadla, umělé končetiny.

Prevence TEN – přiložit bandáže dolních končetin, případně antiembolické punčochy

Anesteziologická příprava – anesteziolog den před operací navštíví pacienta, zhodnotí jeho klinický stav a interní nález. Dále zhodnotí anamnestické údaje předešlých anestézií. Seznámí pacienta s postupem celkové anestézie a stanoví anesteziologické riziko. Doplní anesteziologické ordinace před výkonem a ordinuje premedikaci.

Psychická příprava – patří do rukou jak lékaře, tak i sestry. Účelem je minimalizovat strach a stres z operačního výkonu. Dále se pacientovi nastíní průběh pooperačního období, případný postup při maligním nálezu a dietní opatření, které bude muset po operaci dodržovat. Pacientovi má prostor na dotazy během celého předoperačního období.

Bezprostřední příprava pacienta zahrnuje období 15 minut před odvozem pacienta na operační sál.

Kontrola dokumentace pacienta a shodu údajů na identifikačním štítku. Dále se zkontroluje přiložení bandáží na dolních končetin, kontrola odložení cenností a zubní protézy. Aplikuje se premedikace dle ordinace lékaře. Pacient si těsně před odjezdem dojde na WC, svlékne se, a obleče si operační čepici.

Po odjezdu pacienta sestra zajistí řádné podepsání jeho osobních věcí a jejich transport na příslušnou JIP.

Pooperační péče

Po příjezdu z operačního sálu je pacient uložen na JIP chirurgické kliniky.

Pacient přijíždí z operačního sálu se zavedeným centrálním žilním katétre, nazogastrickou sondou na odvod žaludečního obsahu ponechanou na spád, enterální sondou (nebo jejunostomií) určenou k výživě pacienta. Dále má permanentní močový katétr a redonův drén (případně drény).

Monitorace pacienta – je zajištěna 24 hodin denně automaticky nastavitelným monitorem. Měříme pacientovi krevní tlak, první dvě hodiny po 15 – ti minutách, další 4 hodiny po 30 – ti minutách a dále po 60 – ti minutách. Je – li vše v pořádku, další dny měříme krevní tlak 4 x denně. Puls, frekvence dechu, saturace kyslíkem, EKG křivka a příjem a výdej tekutin se monitorují kontinuálně po celou dobu hospitalizace na JIP.

Oxygenoterapie – se ordinuje dle saturace kyslíku a výsledku ASTRUP.

Péče o operační ránu – 0. pooperační den se rána zkontroluje, zda – li nekrvácí a obvaz neprosakuje. Zkontroluje se redonův drén, je – li otevřený a funkční a jestli obvazy v jeho okolí neprosakují. 1 – 3 pooperační den se operační rána každý den převazuje, dezinfikuje a sterilně kryje. Krvácí – li nebo prosakuje – li obvaz, převazuje se i vícekrát denně. Vše se pečlivě uvádí do ošetrovatelské dokumentace. 4. pooperační den se rána může nechat odkrytá, pouze se dezinfikuje, případně se aplikuje tekutý obvaz. Redonův drén je zkrácen a sekret z něho je nasáván obvazem. 6 – 7 den se může odstranit pojistný drén.

Bolest – 0. – 4. pooperační den je bolest tlumena pomocí zavedeného epidurálního katétru, kam je aplikována směs opiátových analgetik (zpravidla 2 ampule Suffenta forte a 1 amp 0,5% Marcain). Dále má pacient ordinovaný Dolsin 50 mg i.m po osmi hodinách a Dolminu 75 mg i.m max. jedna za 24 hodin. Od 5. pooperačního dne se již epidurálně podávaná analgetika vysazují a bolest je tlumena pouze intramuskulárně aplikovanými analgetiky, Dolsin 50 mg po šesti hodinách a Dolmina 75 mg, max. 1 ampule za 24 hodin.

Léčebná poloha a pohybový režim – 0. pooperační den má pacient ordinovaný přísný klid na lůžku. 1. – pooperační den se smí posadit. 2. pooperační den smí vstát. Vše pod dohledem a za asistence zdravotnického personálu. 3. pooperační den se smí pohybovat kolem lůžka. Od 4. dne se smí pohybovat dle libosti po oddělení JIP, ale s doprovodem ošetřujícího personálu.

Výživa a hydratace – 0. a 1. pooperační den je výživa i hydratace hrazena parenterální cestou (ordinovaný je Clinomel - all in one – do centrálního žilního katétru). 2. pooperační den dieta nic per os a ordinovaná je enterální strava do enterální sondy případně jejunostomie (zpravidla Nutrison 500 ml přes enterální pumpu) doplněna o parenterálně aplikovanou Glukozu 10% 3. pooperační den je ordinovaná dieta 0S – čaj po lžičkách, enterální výživa enterální sondou (Nutrison 500 ml) a parenterálně aplikovaná Glukóza 10%. 4. a 5. pooperační den smí pacient čaj volně, enterální i parenterální výživa je stejná jako v minulých dnech, doplněna o Aminoplasmal hepa 10% 500 ml. 6. pooperační den má pacient tekutou dietu, enterální a parenterální výživa přetrvává stejná. 7. pooperační den má pacient kašovitou šetřící dietu, enterální strava již ordinovaná není a parenterálně aplikovaná Glukóza 10% přetrvává. 8. pooperační den je kašovitá strava šetřící, výhledově diabetická, parenterálně aplikovaná Glukóza 10% přetrvává. 9. pooperační den je ordinovaná diabetická dieta, parenterální výživa již ordinovaná není. Nazogastrická sonda neslouží k výživě pacienta, ale k odvodu žaludečního obsahu. 4. pooperační den je uzavřena a 6. pooperační den zpravidla odstraněna.

Vyprazdňování – moč je odváděna pomocí PMK, který je zpravidla 7. pooperační den odstraněn. Stolice dle potřeby pacienta.

Hygiena – 0. pooperační den je provedena hygiena ošetřujícím personálem a to v nezbytně nutném množství. 1. – 2. pooperační den se pacient posazuje a asistuje při hygieně. 3. pooperační smí pacient dojít k umyvadlu a provést osobní hygienu sám. Od 4. pooperačního dne smí pacient za doprovodu ošetřujícího personálu do sprchy.

Psychická pooperační péče – spočívá v podporování a povzbuzování pacienta, zodpovídání případných dotazů, jak sestrou, tak ostatním ošetřovatelským personálem. Lékař pacienta informuje o prognóze a dalších léčebných postupech. Nutriční terapeut edukuje pacienta o dietních opatření, které bude muset dodržovat.

2. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: **A. H.**

Oslovení: **paní H**

Věk: **64 let**

Rok narození: **1945**, rodné číslo: **450000/0000**

Rodinný stav: **vdaná**

Vzdělání: **střední odborné učiliště, obor kuchař - číšník**

Povolání: **starobní důchodkyně, dříve kuchařka**

Adresa: **Janeč – Praha západ**

Národnost: **česká**

Pojišťovna: **všeobecná (111)**

Kontaktní osoba: **manžel**

Hlavní důvod hospitalizace: **stav po operaci tumoru hlavy pankreatu (tumor capitis pancreatis)**

Hospitalizována od: **31.3**

Operace proběhla: **31.3**

Pacientku jsem ošetřovala: **6.4, 7.4, 8.4**

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 Lékařská anamnéza

Alergická anamnéza

Kiwi, mrkev, bříza (alergie se projevuje dušností, edémem krku a sekrecí z nosu).

Sociální anamnéza

Pacientka bydlí se svým manželem v bytě v Praze západ, byt je první kategorie, v prvním patře, dům je bez výtahu, pacientka je vlastníkem bytu. Paní H. je starobní důchodkyně.

Pracovní anamnéza

Starobní důchodkyně, dříve kuchařka v závodní jídelně, přivydělávala si jako pokojská v hotelu.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel na IM v 71 letech, matka zemřela na CMP v 71 letech, sourozence ani děti pacientka nemá.

Osobní anamnéza

V dětství běžné dětské nemoci, tříštivá zlomenina zápěstí po úraze v 50 letech, nefrectomie pro adenocarcinom v 51 letech, thyreoidektomie pro Basedowovu chorobu v 55 letech, flutter síní a fibrilace síní od 60 let, arteriální hypertenze na terapii. Dna bez záchvatů.

Gynekologická anamnéza

Menarché ve 12 letech, porody 0, potraty 0, gynekologické operace 0, klimakterium ve 45 letech, klidné, hormonální substituci neužívala. Pravidelně jednou za rok chodí na gynekologické prohlídky.

Abusus

Nekuřačka, alkohol příležitostně.

Farmakologická anamnéza

Název léku	Generický název	Léková skupina	Dávkování	Forma léku
Rytmonorm 300mg	propafenoni hydrochloridum	antiarytmikum	1 – 0 – 1	tbl
Anopyrin 100mg	acidum acetylsalicylikum	antithromboticum	1 – 0 – 1	tbl
Letrox 150 μ g	levothyroxinum natricum	hormon štítné žlázy	1 – 0 – 0	tbl
Lozap 50mg	losartanum kalicum	antihypertenzivum	1 – 0 – 0	tbl
Isoptin SR 240mg	verapamili hydrochloridum	antiarytmikum	1 – 0 – 0	tbl
Prednison 2,5mg	prednisonum	glukokortikoid	1 – 0 – 0	tbl
Milurit	allopurinolum	antiuraticum	1 – 0 – 0	tbl

Nynější onemocnění

Pacientka přichází z infekční ambulance, kam byla odeslána praktickým lékařem pro ikterus, pruritus kůže (trvání cca 2.týdny), acholickou a průjmovitou stolicí (trvání cca 14.dní), tmavou moč, křečovitou bolest břicha, která po defekaci ustoupí.

Jinak pacientka popisuje bolest v pravém podžebří s iradiací do zad, nechtěný váhový úbytek (5kg/14dní), chronická únava. Nauzea 0, zvracení 0.

Laboratorní biochemické vyšetření krve prokázalo elevaci jaterních testů. Ultrazvukové vyšetření břicha prokázalo dilataci intra a extrahepatálních žlučovodů. ERCP provedena dilatace žlučovodů s následným poklesem jaterních testů. CT vyšetření břicha prokázalo tumor hlavy pankreatu.

Provedená vyšetření před hospitalizací na chirurgické klinice

CT břicha nativně (19.3)

Tumorózní expanze hlavy pankreatu stlačující sestupné duodenum, stent v duodenu. Z hlediska cév je tumor operabilní. Nelze vyloučit ložisko v těle pankreatu. Celkově bez známek generalizace. Dilatace ductus pancreaticus.

EKG (25.3)

Rytmus sinusový, akce pravidelná, frekvence 61/min., bez známek akutní ischemie.

16 – Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

19 – Rozhovor s pacientem

20 – http://www.lekarna.cz/shop.php?action=extended_search (30.4.)

3.2 Lékařské diagnózy

- Stav po Laparoskopica probatoria et laparotomia dextra, Duodenopancreatectomia cephalica pro tumor hlavy pankreatu
- Paroxysmální tachykardie
- Fibrilace a flutter síní
- Esenciální hypertenze
- Stav po nefrectomii vpravo pro adenocarcinom
- Stav po totální thyreoidektomii pro morbus Basedow
- Hyperurikemie bez zánětlivých artefaktů
- Dlouhodobé užívání antikoagulancií v orální podobě

14 – Vokurka, M., Hugo J. – Velký lékařský slovník, Praha, Maxdorf Jessenius 2002

16 – Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

4. PŘEHLED DIAGNOSTICKÝCH VYŠETŘENÍ

4.1 Fyziologické funkce

	KREVNÍ TLAK (mmHg)	SRDEČNÍ FREKVENCE (/min.)	SATURACE O2 (%)	DECHOVÁ FREKVENCE (/min.)	TĚLESNÁ TEPLOTA (oC)	VĚDOMÍ
6.dubna – 7. den hospitalizace – 6. pooperační den – 1. den mého ošetřování						
6 : 00	182 / 90	66	98	16	36,2	Plně při vědomí
11 : 00	150 / 60	56	94	15	36,3	Plně při vědomí
16 : 00	161 / 82	76	96	18	36,2	Plně při vědomí
22 : 00	156 / 69	64	97	15	36,2	Plně při vědomí
7. dubna – 8. den hospitalizace – 7. pooperační den – 2. den mého ošetřování						
6 : 00	167 / 64	65	96	15	37,2	Plně při vědomí
11 : 00	177 / 85	78	97	18	36,2	Plně při vědomí
16 : 00	165 / 67	81	97	17	36,6	Plně při vědomí
22 : 00	126 / 62	64	97	17	36,8	Plně při vědomí
8. dubna – 9. den hospitalizace – 8. pooperační den – 3. den mého ošetřování						
6 : 00	116 / 70	65	97	16	36,5	Plně při vědomí
11 : 00	148 / 69	78	99	15	36,7	Plně při vědomí

16 – Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

18 – Vlastní pozorování pacienta

4.2 Fyzikální vyšetření

1. – 3. den mého ošetřování – 7. – 9. den hospitalizace – 6. – 8. pooperační den

Antropometrické údaje

Výška: 160 cm Hmotnost: 72 kg BMI index: 28,1

Celkový stav

Pacientka při vědomí, orientována časem, místem i prostorem, spolupracuje, komunikuje.

Hlava

Poklepově nebolestivá, uši i nos bez výpotku, nosem zavedena enterální sonda do tenkého střeva k aplikaci enterální výživy, kterou jsem 3. den mého ošetřování pacientce odstranila. Oční bulby ve středním postavení, fotoreakce optimální, skléry ikterické, bez nystagmu, spojivky růžové. Jazyk pláží středem, je vlhký, nepovleklý.

Krk

Šije volná, pulzace na aa. carotides symetrická, náplň krčních žil nezvětšena, štítná žláza nehmatná, lymfatické uzliny nezvětšené.

Hrudník

Symetrický, plíce poslechově čisté, bez vedlejších dýchacích fenoménů, srdeční ozvy jasné, ohraničené, pravidelné. Vpravo zavedený dvojcestný CŽK horní duté žíly cestou v. subclavia dextra. Na hrudníku připevněny EKG svody pro kontinuální záznam EKG křivky.

Břicho

První den mého ošetřování je operační jizva po příčné laparotomii vpravo klidná, v laterálním pólu rány serózní sekrece. Druhý den mého ošetřování je jizva klidná, na laterálním okraji rány zkalený sekret, který lékař exprimuje mezi stehy. Třetí den mého ošetřování je jizva po laparotomii klidná, jen v laterálním pólu rány sérohematom, lékař povolil steh a evakuoval sérohematom a propláchl Prontosanem. Viz Péče o operační ránu. Po všechny dny břicho palpačně citlivé a bolestivé. Rezistence nehmatné. Peristaltika

slyšitelná. Vpravo je vyvedený redonův drén, jehož okolí je klidné a sterilně ošetřeno a první den mého ošetřování ho za asistence sestry odstraňuji.

Končetiny

Horní končetiny bpn.

Dolní končetiny bez otoků a bez zánětlivých změn, varixy 0. pulzace hmatné.

4.3 Laboratorní vyšetření

	8.4	9.4	10.4	REFERENČNÍ HODNOTY	JEDNOTKY
HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ KRVĚ					
Erythrocyty	3,61 x 10/12/l	3,89 x 10/12/l	3,99 x 10/12/l	4,2 – 5,4	množství / l
Thrombocyty	157 x 10/9/l	285 x 10/9/l	350 x 10/9/l	140 – 440	množství / l
Leukocyty	11,4 x 10/9/l	15,9 x 10/9/l	14,4 x 10/9/l	4,0 – 10,0	množství / l
Hemoglobin	11,1	12,2	13,4	12,0 – 16,0	g/dl
Hematokrit	0,332	0,369	0,354	0,370 – 0,460	%
BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ KRVĚ					
Natrium	139	135	138	137 – 144	mmol / l
Kalium	3,6	3,9	4,0	3,7 – 5,3	mmol / l
Chloridy	109	103	106	98 – 107	mmol / l
ALP	3,76	3,09	2,93	0,88 – 2,35	μmol / l
AST	0,57	0,71	0,44	0,16 – 0,63	μmol / l
ALT	0,70	0,55	0,47	0,10 – 0,63	μmol / l
GMT	0,25	0,75	0,88	0,15 – 0,92	μmol / l
AMS	1,10	0,44	Neodebíráno	0,40 – 2,51	mmol / l
Bilirubin celkový	16,3	13,3	12,4	3,0 – 19,0	μmol / l
Urea	9,1	4,0	5,5	2,9 – 8,2	mmol / l
Kreatinin	51	54	45	42 – 80	μmol / l
Celková bílkovina	47,7	41,4	40,5	62,0 – 77,0	mmol / l
CRP	1,3	1,1	1,2	0,0 – 6,5	mg / l
AMS-P	0,19	Neodebíráno	Neodebíráno	0,00 – 1,92	mmol / l
Glykemie	6,3 6,6 7,1 6,3	6,5 5,1 4,4 6,6	4,4 6,6 6,2 6,5	4,6 – 6,4	mmol / l
Černě jsou vyznačeny fyziologické hodnoty, červeně jsou vyznačeny patologické hodnoty.					

4.4 Další diagnostická vyšetření

EKG (7.4.)

Sinusový rytmus, akce pravidelná, tepová frekvence 55 / min., T negativní.

5. TERAPEUTICKÁ PÉČE

5.1 Chirurgická péče

5.1.1 Operační protokol – kopie

Datum operace: 31.3.

Začátek operace: 8:55 Konec operace: 13:50 Délka operace: 04:55 hodiny

Typ anestézie: celková

Operační dg.: Tumor capitis pancreatis

Operační výkon: Laparoskopica probatoria

Duodenopancreatectomia cephalica

V klidné kombinované anestézii nejdříve zavádíme pneumoperitoneum nad pupkem, zavádíme optiku. V peritoneální dutině nenacházíme patologii, proto provádíme příčnou laparotomii vpravo. V peritoneální dutině bez zjevné diseminace, hlava slinivky zvětšená na 12 cm, tuhá, ale pohyblivá. Po podvazu a.cystica a ductus cysticus provádíme cholecystektomii, sutura lůžka. Poté uvolňujeme duodenum Kocherovým hmatem, preparujeme a.hepatica communis, kde je uzlina, kterou posíláme na peroperační biopsii, která je negativní. Podvazujeme a.gastroduodenalis. Poté obcházíme slinivku nad v.mesenterica superior. Velmi obtížně obcházíme ductus choledochus, kde je několik zvětšených uzlin, které odstraňujeme. Uvolňujeme a přerušujeme jejunální kličku a uvolňujeme duodenum. Přerušujeme žaludek, poté slinivku, kde je ductus pancreaticus asi 4mm široký. Uvolněna téměř v celém rozsahu v. mesenterica a v.portae a pod ní uvolněn processus uncinatus, který přerušen a odstraněn celý preparát. Odesíláme okraj pancreatu na peroperační biopsii, která neprokazuje nádor. Příprava jejuny dle Rouxe Y, které protaženo otvory v mezotransverzu. Jedno rameno přišito ve dvou vrstvách end to end ke slinivce, do ductus pancreaticus a dán drének. Na stejnou kličku asi po 10 cm provedena anastomoza s ductus choledochus. Na druhé rameno provedena end to end anastomoza s žaludkem. Fixace do mezotransverza, drén do podjaterní krajiny a uzávěr laparotomievrstvách loop stehem.

5.1.2 Status praesens

6.4. – 1. den mého ošetřování – 7. den hospitalizace, 6. pooperační den

Stav vědomí

Plné vědomí, orientována časem, místem i prostorem. Komunikuje, plně spolupracuje.

Dle Glasgow coma scale – 15 bodů (plné vědomí). Viz příloha č. 5

Fyziologické funkce (6:00 hodin)

TK – 182 / 90 mmHg. P – 66/min. DF – 16/min. SpO2 – 98%. TT – 36,2 st.Celsia.

Poloha a pohybový léčebný režim

Aktivní, vleže na zádech, pohybuje se na lůžku dle svých potřeb.

Dle Norton scóre – 15 bodů (střední riziko vzniku dekubitů). Viz příloha č. 3

Invazivní vstupy

Nazogastrická sonda – zavedena 31.3., na spád, odstraněna 5.4. (5. pooperační den)

Enterální sonda – zavedena nosem do tenkého střeva, slouží k aplikaci enterální výživy.

– zavedena 31.3

Centrální žilní katétr – dvojcestný, zavedený vpravo cestou v.subclavia do horní duté žíly.

– zaveden 31.3

Redonův drén vpravo – pod příčnou laparotomií, odvádí malé množství krvavého obsahu.

– zaveden 31.3

Permanentní močový katétr – odvádí čistou, středně koncentrovanou moč.

– zaveden 31.3

Operační rána

Příčná laparotomie vpravo, 35cm dlouhá, uzavřena loop stehem, nekrvácí, ale prosakuje – v laterálním pólu vytéká serózní sekret. Vpravo vyvedený Redonův drén.

Viz Péče o operační ránu, str. 26 a viz příloha č. 11.

16 – Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

17 – ošetřující personál

18 – Vlastní pozorování pacienta

5.1.3 Péče o operační ránu

Střední laparotomie vpravo – 35 cm dlouhá, uzavřena loop stehem		
6.4	7.den hospitalizace, 6.pooperační den Norton - 15	Rána klidná, v laterálním konci odchází z rány serózní sekret. Odebírám vzorek sekretu na kultivaci. Klidnou část dezinfikuji Cuttaseptem, laterální část ošetřuji Betadinem a sterilně kryji. Odstraňuji Redonův drén.
7.4	8.den hospitalizace, 7.pooperační den Norton - 16	Převaz provádím já za asistence ošetřující sestry. Ránu odkrývám, je prosákla od sekretu vytékajícího z laterální části rány. Ošetřuji Betadinem a sterilně kryji. Nepoškozená část rány klidná, dezinfikuji Cuttaseptem a již nekryjeme.
8.4	9.den hospitalizace, 8.pooperační den Norton - 19	Převaz provádíme s ošetřující sestrou. Z rány vytéká serosanguinózní sekret. Lékař uvolňuje steh a exprimuje sekret z rány a ránu proplachuje Prontosanem. Ránu kryji sterilním sacím materiálem s Betadinem.

5.1.4 Péče o invazivní vstupy

	6.4.	7.4.	8.4.
CŽK Dvojecestný, zavedený cestou v.subclavia dextra do horní duté žíly. Zavedený 31.3	Krytí není prosáklé, odkrývám ho. Vstupy katétru dezinfikuji a sterilním čtvercem čistím okolí vstupu. Vstup kryji Inadinem a překrývám sterilním krytím. Lumeny neproplachuji, protože do katétru kapou infúze.	Odkrývám krytím dezinfikuji vstupy, vstupy kryji Inadinem a sterilním krytím. Lumeny opět neproplachuji.	Krytí je čisté, odlepuji ho, dezinfikuji okolí vstupy a jejich okolí, které není zarudlé ani jinak patologické. Vstupy překrývám Inadinem a sterilním krytím
Enterální sonda Zavedena nosem do jejuna Zavedena 31.3.	Sonda určena k aplikaci enterální výživy – Nutrisonu 500 ml, který aplikován přes enterální pumpu jednou denně, rychlostí 25 ml / hod. Po vykapání Nutrisonu sonda propláchnuta 50 ml sterilní vody.	Odlepuji fixaci sondy a pozměňuji její polohu, znovu fixuji. Do sondy dnes již nejde žádná výživa.	Sondou odstraňuji.
Redonův Drén Zavedený 31.3	Drén je dnes již 7. den zavedený, proto ho dle ordinace lékaře odstraňuji.	---	---
PMK Zavedený 31.3	Kontroluji okolí místa vstupu katétru, je čisté. Dále kontroluji stav odvedené moče – středně koncentrovaná moč, množství monitorujeme. Výdej moče za 24 hodin je 4200ml.	Monitoruji místo vstupu katétru, je udržované v čistotě. Pacientka nepopisuje subjektivní známky zánětu močových cest (pálení v místě zavedeného katétru, bolesti v podbřišku). Dále monitorujeme společně s ošetřující sestrou množství odvedené moče a charakter moče – středně koncentrovaná, bez zákalu, specifická hmotnost 1008. Výdej za 24 hodin je 3700ml.	Katétru odstraňuji.

5.1.5 Léčebná poloha a léčebný pohybový režim

6.4 – 1. den mého ošetřování

Pacientka je k tomuto datu 6. den po operaci. Speciální léčebnou polohu ani pohybový režim ordinovanou nemá, atak se sama pohybuje v rámci lůžka, při polohování není potřeba dopomoc ošetřovatelského personálu. Pokud pacientka vstává, tak jdu s ní jako doprovod, kdyby se paní H. zatočila hlava, aby neupadla.

Riziko pádu – 4 body. Viz příloha č. 4. Norton scóre – 15 bodů viz příloha č. 3.

7.4 – 2. den mého ošetřování

Paní H. je dnes již 7. den po operaci. Pohyb v rámci lůžka zvládá bez obtíží sama, polohuje se sama. Lůžko má elektronické ovládání na polohování a pacientka se zvládá i lůžko napolohovat tak, jak je jí pohodlné. Při vstávání a chůzi ji dělám oporu pro její jistější chůzi a pohyb mimo lůžko. Riziko pádu – 4 body. Viz příloha č. 4. Norton scóre – 16 bodů. Viz příloha č. 3.

8.4. – 3. den mého ošetřování

Paní H. je dnes již 8. den po operaci. Na léčebné poloze se od předchozích dnů nic nezměnilo, sama se pohybuje v rámci lůžka, vstávání zvládá sama a doprovod mimo lůžko už by ani nepotřebovala, ale pro jistotu chodím s ním.

Riziko pádu – 2 body. Viz příloha č. 4. Norton scóre – 19 bodů. Viz příloha č. 3.

5.1.6 Oxygenoterapie

Pacientka po příjezdu z operačního sálu (31.3.) měla hyposaturace kyslíku 92%, proto byla ordinovaná oxygenoterapie. Oxygenoterapie byla nutná pouze 0. pooperační den. Dále byla ordinovaná při poklesu saturace kyslíku pod 94%, ale saturace se nadále držely nad 94%.

Ve dnech mého ošetřování 6.4. – 8.4. se paní H. cítí dobře, dušnost nepopisuje, dýchání je pravidelné, bez vedlejších dýchacích fenoménů. Ortopnoickou polohu nevyhledává. Saturace kyslíku se pohybují mezi 96 – 98%. (Viz fyziologické funkce, str. 20)

5.2 Farmakoterapie

	NÁZEV LÉKU	GENERICKÝ NÁZEV	LÉKOVÁ SKUPINA	FORMA PODÁNÍ	ORDINACE 6.4.	ORDINACE 7.4.	ORDINACE 8.4.
Infúzní terapie	Glukóza 10%	-	Výživový roztok	i.v – přes infúzní pumpu do CŽK	500ml 3x denně - rychlostí 150 ml/hod	500ml 3x denně - rychlostí 150 ml/hod	500ml 3x denně - rychlostí 150 ml/hod
	Amino- plasmal hepa 10%	-	roztok aminokyselin	i.v – přes infúzní pumpu do CŽK	80ml / hod	80ml / hod	80ml / hod
Injekční terapie	Humulin R	Insulinum humanum	antidiabetikum	i.v do CŽK	8j do 500ml G10% - rychlostí 150 ml/hod	8j do 500ml G10% - rychlostí 150 ml/hod	8j do 500ml G10% - rychlostí 150 ml/hod
	Helicid 40mg - 1amp	omeprazolum	antiulcerotika	i.v do CŽK	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%
	Degan 1amp	metoclopramidi hydrochloridum	antiemetikum prokinetikum	i.v do CŽK	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%
	Cardilan 1amp	kalii magnesii aspartas	kardiakum	i.v do CŽK	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%
	MgSO4 10% - 1amp	magnesii sulfas heptahydricum	myorelaxans homeostatik	i.v do CŽK	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%	1 – 1 – 1 do G10%
	KCl 7,45%	kalium chloridum	minerál	i.v do CŽK	20ml 1 – 1 – 1 do G10%	25ml 1 – 1 – 1 do G10%	15ml 1 – 1 – 1 do G10%
Analgetika	Dolsin 50mg – 1amp	pethidini hydrochloridum	opioidní analgetikum	i.m *	a 6 hod 03 – 09 – 15 – 21hod	a 6 hod 03 – 09 – 15 – 21hod	a 6 hod 03 – 09 – 15 – 21hod
	Dolmina 75mg – 1amp	diclofenacum natricum	neopioidní analgetikum	i.m *	max. 1amp denně p.b.	max. 1amp denně p.b.	max. 1amp denně p.b.
Anti- koagulační terapie	Clexane 0,4	enoxaparinum natricum	anti – thromboticum	s.c *	1x denně ve 22 hod.	1x denně ve 22 hod.	1x denně ve 22 hod.

Perorální terapie	Rytmonorm 300mg	propafenoni hydrochloridum	antiarytmikum	p.o	1 – 0 – 1	1 – 0 – 1	1 – 0 – 1
	Verogalid 240mg	verapamili hydrochloridum	anti hypertenzivum	p.o	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0
	Prestarium Forte	perindoprilum erbuminum	anti hypertenzivum	p.o	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0
	Lozap H	losartanum kalicum + hydrochlothiazid	anti hypertenzivum + diureticum	p.o	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0
	Lozap 50mg	losartanum kalicum	anti hypertenzivum	p.o	0 – 0 – 1	0 – 0 – 1	0 – 0 – 1
	Letrox	levothyroxinum natricum	hormon štítné žlázy	p.o	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0
	Prednison 2,5mg	prednisonum	glukokortikoid	p.o	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0	1 – 0 – 0

*i.m aplikace provádím dle přání pacientky do musculus gluteus maximus

*s.c aplikace do břicha

5.3 Fyzioterapie

6.4 – 1. den mého ošetřování

Pacientka provádí s fyzioterapeutkou dechová cvičení na lůžku, dále pak pohyb končetin na lůžku (prošlapování), sed a chůzi v okolí lůžka. Chůzi procvičuji s paní H. i já v rámci posílení soběstačnosti.

7.4. – 2. den mého ošetřování

Pacientka nacvičuje správný sed a stoj, dále chůzi kolem lůžka. Pokud jde pacientka na procházku po oddělení nebo WC, jdu s ní, aby se jí nezatočila hlava a neupadla.

8.4. – 3. den mého ošetřování

Pacientka zvládá sed sama a společně chodíme v okolí lůžka a po oddělení.

5.4 Dietoterapie

6.4 – 7.4, 1. – 2. den mého ošetřování

Dieta čajová, čaj si popíjí pacientka dle chuti. Dále Nutrison 500ml aplikovaný enterální sondou přes enterální pumpu rychlostí 16ml / hodinu. Po dokapání Nutrisonu proplachuji sondu 50 ml sterilní vody. Nutriční scóre 3body. Viz příloha č. 7.

8.4. – 3. den mého ošetřování

Dieta kašovitá. Nutrison ex.

16 – Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

17 – Ošetřující personál

18 - Vlastní pozorování pacienta

19 – Rozhovor s pacientem

6. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka přijata na jednotku chirurgické intenzivní péče po duodenopancreatektomii pro nádor hlavy pancreatu. Operace proběhla 31. března.

Pacientka přijata na oddělení v plném vědomí, komunikovala. Operační rána byla klidná, nekrvácela, byl vyveden jeden Redonův drén. Z invazivních vstupů měla pacientka zavedenou nazogastrickou sondu nosem na spád napojenou na sběrný sáček. Dále pak enterální sondu zavedenou nosem. Centrální dvoulumenový žilní katétr vpravo, zavedený cestou v. subclavia dextra do horní duté žíly. Redonův drén vpravo od příčné laparotomie. A permanentní močový katétr. Pacientka nezvracela. Nazogastrická sonda byla odstraněna 6. den operaci. Redonův drén byl odstraněn 7. den po operaci. Enterální sonda společně s permanentním močovým katétrem byly odstraněny 8. den po operaci. RHB probíhala od 1. pooperačního dne dechovými cviky, dále procvičováním nohou na lůžku, 6. den nácvikem sedu a stoje a další dny chůzí okolo lůžka a po oddělení.

Bolesti byly pacientce tlumeny pomocí opioidních a neopiodních analgetik dle potřeby. Kromě bolesti v operační ráně si paní H. stěžovala i na bolesti zad.

Paní H. byla poučena o dietních opatřeních plynoucích z radikálního odstranění části slinivky břišní.

Paní H. byla pozitivně naladěna již první dny po operaci. Komunikovala a spolupracovala, neplakala. Vyptávala se na budoucnost, co bude moci jíst a co ne. Manžel jí každý den telefonoval.

8. pooperační den byla pacientka propuštěna na standartní oddělení.

16 – Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

17 – Ošetřující personál

18 - Vlastní pozorování pacienta

19 – Rozhovor s pacientem

B. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA

1.1 Subjektivní náhled pacientky na hospitalizaci – ke dni 6.4.

Pacientka je i přes svoji bohatou osobní anamnézu velice čiperná a aktivní žena. Se svými nepříliš dlouhotrvajícími obtížemi se dostavila k lékaři, který ji pro podezření na infekční žloutenku odeslal na infekční kliniku. Takže když se paní H. dozvěděla, že její obtíže nejsou infekčního rázu, trochu se jí ulevilo, ale na druhou stranu má strach z maligního nádoru, protože už jeden maligní nádor měla. Nyní už je po operaci a není příliš šťastná z diety, kterou bude muset celoživotně dodržovat. S péčí v nemocnici je spokojená, ale už se těší na manžela a domů.

1.2 Fyziologické potřeby

Dýchání

Před hospitalizací

Pacientka neměla s dýcháním nikdy vážné problémy i přes svoji bohatou kardiální anamnézu. Přiznává, že chůze do schodů s těžkou taškou ji problémy činí, ale jinak při běžné aktivitě dušností netrpí.

Po operaci

První hodiny po příjezdu z operačního sálu měla paní H. nižší saturace kyslíkem, proto byla zahájena oxygenoterapie. Další dny již nebyla kyslíková podpora nutná a pacientka si dýchá sama s uspokojivými saturacemi kyslíku. Během dní mého ošetřování nepotřebovala paní H. oxygenoterapii vůbec. Fyziologické funkce viz str. 20.

16 – Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

17 – Ošetřující personál

18 - Vlastní pozorování pacienta

19 – Rozhovor s pacientem

Hydratace

Před hospitalizací

Pacientka přiznává, že si pitný režim příliš nehlídala, ani na něj nedbala, protože pocit žízně má jen vyjímečně po velké námaze, proto nedokáže posoudit, kolik toho za den vypila. Ráda pije bílou kávu a ovocné čaje, nerada má alkoholické nápoje.

Po operaci

První dny po operaci je hydratace zajišťována výhradně prostřednictvím infúzí. Ve dnech mého ošetřování již paní H. pije sama a infúze ji pouze doplňují hydratační režim. Je ordinována Glukóza 10%, která slouží zároveň jako nutriční podpora.

Objektivně je pacientka hydratována dobře, sliznice jsou vlhké, otoky na DK nemá. Optimální příjem tekutin vypočítán na 3120ml za 24 hodin.

Výživa

Před hospitalizací

Pacientka je vášnivá kuchařka a to jak z povolání (pracovala jako kuchařka v závodní jídelně), tak je vaření jejím velkým koníčkem. Vaří ráda pro sebe i manžela, nejsou potraviny, kterým by se vyhýbala. Dietu žádnou nedržela.

Po operaci

První dny po operaci byla výživa u paní H. hrazena výhradně parenterální cestou. Nazogastrická sonda zavedená nosem byla na spád, 5. pooperační den (5.4.) odstraněna.

3. pooperační den se začal podávat Nutrison enterální sondou a čaj po lžičkách per os. Ve dnech mého ošetřování byl ještě ordinovaný Nutrison, ale postupně byla do jídelníčku přidávána kašovitá strava. Viz dietoterapie, str. 31. Pacientka situaci snáší dobře, ale vidina celoživotní diety (přísné omezení tuků, žádná smažená jídla, jídla s omezením cukrů) ji příliš nepotěšila, což jsme zjistily s ošetřující sestrou při edukaci ohledně dietních opatření. Objektivně je výživa u paní H. dostatečná. Paní H. mi sdělila svoji hmotnost a výšku (viz antropometrické údaje str. 21) a podle toho jsem vypočítala BMI, které je 28,1.

Biochemické testy též vypovídají o kvalitní výživě paní H. Nutriční skóre ke dni 6.4, je 3body, což nevyžaduje kontakt nutričního terapeuta. Viz příloha č. 7

Dutina ústní bez defektů, zubní protéza nahoře, dole z části vlastní chrup

Vyprazdňování stolice

Před hospitalizací

Pacientka neměla se stolicí nikdy výrazné problémy, chodila pravidelně ob den. Asi 14 dní před příchodem k lékaři pozorovala průjmovitou kašovitou stolicí, která se postupně zesvětlovala až do úplně bílé barvy. Bolesti ani jiné obtíže při defekaci neměla.

Po operaci

Peristaltika se obnovila již druhý den po operaci. Ve dnech mého ošetřování již pacientka chodila každý den na stolicí, dle její výpovědi byla stolice kašovitá a světle hnědá, bez příměsí. Bolesti při vyprazdňování paní H. nepociťovala.

Vyprazdňování moči

Před hospitalizací

Ani s vyprazdňováním moče neměla paní H. nikdy problémy. Inkontinencí netrpěla, dysurie také nebyla. Asi 14 dní před operací si povšimla změny barvy moče na tmavě žlutou až světle hnědou moč.

Po operaci

Prvních 7 dní po operaci měla pacientka zaveden PMK, který odváděl moč, jejíž množství, barvu i charakter sledoval ošetřovatelský personál a pečlivě zanášel do dokumentace pacientky. Viz péče o PMK, str. 27. Ve dnech mého ošetřování měla pacientka žlutou, středně koncentrovanou moč, o specifické hmotnosti 1008. Třetí den mého ošetřování (8. pooperační den) jsem PMK pacientce odstranila.

Spánek a odpočinek

Před hospitalizací

Pacientka spí ráda, ale spí jen v noci. Přes den neodpočívá, protože by jinak v noci měla problémy usnout. Hypnotika neužívala. Po noci se cítí odpočinuta.

Po operaci

Po celou dobu pobytu na JIP užívala pacientka analgetika z důvodu bolesti operační rány a zad, které značně rušily její spánek. Zada ji bolela od neustálého ležení. I přesto, že paní H. neměla na JIP tak kvalitní spánek jako doma, přes den nespala a cítila se odpočínutá.

Teplo a pohodlí

Před hospitalizací

Paní H. má termoregulaci v pořádku, jako každý starší člověk nosí více vrstev oblečení než v mládí, ale jinak s pocitem chladu problémy nemívá. Co se týče pohodlí je pacientka naprosto spokojena v bytě i v části Prahy, ve které s manželem žijí.

Po operaci

Ve dnech mého ošetřování si paní H. na pocit chladu nestěžovala. Peřina ji podle jejích slov dostačovala. Lůžko měla pohodlné, jen jí z toho dlouhého ležení bolela záda.

Bolest

Před hospitalizací

Pacientka měla asi 14 dní před příchodem k lékaři křečovitě bolesti břicha, které vždy po defekaci ustoupily. Podle jejího popisu bolesti břicha nikam nevystřelovaly, ale byly dost nepříjemné, nikdy takové bolesti před tím neprožila. Analgetiky je netlumila, protože věděla, že po defekaci ustoupí. Dále mi povídá o ostré bolesti v pravém podžebří s iradiací do zad (způsobenou útlakem žlučových cest od tumoru pancreatu). Bolest byla ostrá, s trvalou intenzitou. Paní H. zažila v životě už spoustu bolesti, ale konkrétně tyto bolesti (s touto lokalizací, s radiací, intenzitou) ještě ne. Na bolest nebrala žádná analgetika.

Po operaci

Bolesti, co měla před hospitalizací zcela vymizely. Nyní nemá žádné křečovitě bolesti břicha před defekací ani ostré bolesti v podžebří. Vystřídaly je ale bolesti v operační ráně a bolesti zad z pooperačního klidového režimu na lůžku a tedy dlouhého ležení na zádech. Bolesti v operační ráně popisuje paní H. jako ostré. Víc jí bolí při pohybu, při zvedání se. Mírnou úlevu pocítuje při pokrčení dolních končetin. Bolesti v operační ráně nikam nevyzařují. Velkou úlevu pocítuje po aplikaci analgetik (viz farmakoterapie, str. 29). Bolesti tohoto typu zažila paní H. už mnohokrát (viz osobní anamnéza, str. 17) a ví, že je jen otázka času, kdy se rána zhojí a bolesti ustoupí. Bolesti v zádech popisuje paní H. jako tupé, šířící se po celé páteři a stupňují se při delším ležení (přes noc). Když vstane a pohybuje se, bolesti se zmírní až vymizí. Bolesti zad narušují paní H. spánek, společně s pacientkou řešíme i úpravu lůžka, vhodné polohování na boky. Paní H. si před spaním říká o analgetika (viz farmakoterapie, str. 29), po kterých se jí uleví a v klidu se vyspí. Bolesti hodnotíme podle subjektivních pocitů pacientky, o kterých chceme, aby nám povídala. Dále bolest hodnotíme pomocí pětistupňové analogové škály bolesti. Bolesti se pohybují od 2 (před aplikací analgetik) do 0 (po aplikaci analgetik). Viz příloha č. 6

Osobní hygiena a stav kůže

Před hospitalizací

Paní H. byla před operací plně soběstačná, hygienu si zajišťovala sama každý den. Dbala na čistotu prádla. Kůži měla vždy sušší, používala krémy pro suchou pleť. Má jizvu na pravém zápěstí po operaci tříštivé fraktury zápěstí, dále má jizvu po nefrektomii vpravo, jizvu po thyreoidektomii. Všechny zmíněné jizvy jsou klidné. Žádné defekty nemívá, ani opruženiny.

Po operaci

Osobní hygienu jí pomáhá zajišťovat zdravotnický personál, postupně se do péče o sebe samou zapojuje i pacientka. Ve dnech mého ošetřování již chodí každý den do sprchy, samozřejmě s dopomocí ošetřovatelského personálu. Na kůži má jizvu po operaci břicha, která se denně sprchuje a převazuje. Dále je kladena zvýšená péče o okolí PMK a centrálního žilního katétru zavedeného do v. subclavia vpravo. Kůži po sprše promazáváme Menalind olejem. Pokožku a riziko dekubitů hodnotíme pomocí Norton skóre (viz příloha č. 3)

Tělesná aktivita

Před hospitalizací

Pacientka byla velmi aktivní žena. S manželem jezdili do přírody na pěší túry. Jinak si sama nakoupila i uklidila. Jen do schodů ji pomáhal soused s těžkými taškami a balíky vod. Kompenzační pomůcky žádné nepoužívá.

Po operaci

První dny po operaci má pacientka ordinovaný klid na lůžku s postupnou zátěží, kterou zajišťuje jak ošetřující personál při běžných činnostech (hygiena, posazování apod.), tak i fyzioterapeut rehabilitací. Ve dnech mého ošetřování už si paní H. sama sedá a s dopomocí chodí po oddělení. Hodnotíme Riziko pádu (viz příloha č. 4)

Sexuální potřeby

Před hospitalizací

Pacientka žije se svým manželem. Konkrétní otázku na sex jsem nepokládala, nepřišlo mi to vhodné a nemělo to vzhledem k věku význam a ani souvislost s operací.

Po operaci

Paní H. manželovi každý den volá a každý den ho informuje o svém zdravotním stavu, protože on tyto informace po ní vyžaduje. S manželem mají úzký a pestrý vztah.

1.3 Psychosociální potřeby

Existenciální potřeby

Bezpečí a jistota

Pacientka je usměvavá a optimistická. Snaží se být dost silná a brát situaci tak, jak je, na nic si nestěžovat, ale bojovat. Je ráda, že má operaci za sebou, ale trochu se obává dietních omezení, které bude muset celoživotně dodržovat, hlavně proto, že je kuchařka a moc ráda vaří. Ale je si jistá sama sebou, že domácnost i manžela obstará ona sama.

Riziko pádu viz příloha č. 4.

Zdraví

Před hospitalizací

Paní H. je na svůj věk aktivní žena. Ráda cestuje po naší zemi, cestují s manželem a pěstují turistiku. Paní H. má sice pestrou anamnézu, protože je polymorbidní (viz Lékařské diagnózy str. 19), ale i tak si života užívá. Výrazné obtíže ji začaly přibližně 14 dní před příchodem k lékaři.

Po operaci

Paní H. je polymorbidní pacientka (viz lékařské diagnózy, str. 19) a nyní je po operaci nádoru hlavy pancreatu, jehož histologický rozbor nebyl po dobu mého ošetřování znám. Prognosticky záleží na histologii odebraného nádoru a na TNM hodnocení. (viz tabulka č. 1, str. 11). Psychicky je paní H. naladěna pozitivně. Snaží se s nemocí bojovat, velkou životní oporu má ve svém manželovi. Říká, že ikdyby histologie vypověděla o rakovině slinivky, je připravena se s tím poprat. Říká, že nic nevzdává a bere život tak, jak přijde a se vším, co přinese.

Soběstačnost

Před hospitalizací

Paní H. byla soběstačná po všech stránkách. Péči o domácnost, nákupy i péči o manžela zajistila sama bez pomoci druhých.

Po operaci

Se její soběstačnost pochopitelně zhoršila vzhledem k rozsáhlému operačnímu zákroku v dutině břišní. První den po operaci za ní vše dělal ošetřovatelský personál, ale již druhý den a další dny asistovala ona sama. Ve dnech mého ošetřování se již sama osprchovala, ošetřovatelský personál dopomohl při mytí zad, sama (s doprovodem) si došla na WC, sama se najedla. Hodnotíme Barthel test a Riziko pádu (viz přílohy č. 2 a č. 4)

Sociální a ekonomické jistoty

Paní H. žije se svým manželem, oba jsou v důchodu. Paní H. si dříve přivydělávala jako pokojská, dnes si již užívá života v důchodu. Děti nemají a paní H. nemá ani sourozence. Její manžel má sestru se kterou jsou rozvádáni. Paní H., manžela i jeho sestru hádka mrzí, ale ani jeden nechtějí udělat ten první krok ke smíření. Paní H. s manželem žijí ve vlastním bytě v Praze, kde jsou spokojeni.

Adaptace na prostředí a nemoc

Pacientka si na pobyt v nemocnici zvykla, ale každý den mého ošetřování se ptá, kdy už bude přeložena na standartní oddělení. Se svojí nemocí, respektive s opatřeními, které nemoc přináší (dieta, případná chemoterapie) se snaží paní H. smířit. Říká, že když to přijde, tak to je a člověk si nemůže nalhávat, že mu nic není.

Afiliční potřeby

Potřeba lásky

Před hospitalizací

Paní H. žije pouze s manželem, ale je s ním velmi šťastná. Mají mezi sebou velice úzký vztah, který je dán nejen jejich vzájemnou láskou, ale také bezdětným manželstvím. Z příbuzných mají jen manželovu sestru, se kterou nemají příliš dobrý vztah. Mají společné zájmy, kromě turistiky se společně rádi dívají na televizi, hlavně na politické pořady. Rádi luští křížovky.

Po operaci

Paní H. byla manželem zaúkolována, že mu každý den musí zatelefonovat jak se má a jak se vyspala, jaký je pokrok v jejím zdravotním stavu. Paní H. se moc těší domů, až budou s manželem zase spolu.

Potřeba sounáležitosti

Paní H. má nejlepší vztahy ve své rodině. Při dotazu na přátele zmiňuje pouze svého souseda, který ji pomáhá s nákupem do schodů. Vztahy se sestrou svého manžela nejsou nijak vstřícné.

Důvěra a komunikace

Pacientka je důvěřivá a komunikující. Z předešlých hospitalizací má dobré zkušenosti. Komunikace se bez problémů podařilo navázat, paní H. spolupracuje, vnímá zlepšení svého zdravotního stavu, ráda poslouchá, že stav se lepší. S napětím očekává histologický rozbor tumoru, který ji lékaři při operaci odstranili.

Sebeúcta a sebepojetí

Pacientka je velice vstřícná a komunikativní, operaci nebere jako ponižující akt, je jí trochu nepříjemné odhalování se před lékaři, jinak nemá s hospitalizací problémy. Sama sebe si váží, je ráda, že si může v bytě vše soběstačně obstarat. Až se uzdraví, teší se domů na manžela.

V pooperačním období má pacientka reálný náhled na svou nemoc, lékařem je poučena o následující léčbě i dietních i opatření. Během mých ošetřovatelských dnů nezná histologii nádoru, který ji odebrali, napjatě na něj očekává. Ale říká, že je připravena s nemocí bojovat. Vzhledem k tomu, že má za sebou již jednu úspěšnou léčbu adenokarcinomu (nefrektomie vpravo pro adenokarcinom v roce 1996 s následnou zajišťovací chemoterapií), má sílu věřit, že úspěšně projde případnou léčbou karcinomu slinivky.

Seberealizace

Před hospitalizací

Paní H. je ve starobních důchodu. Dříve si přivydělávala jako pokojská, ale než šla do důchodu byla vedoucí kuchařka v závodní jídelně. Nyní si užívá volných chvil s manželem, chodí na procházky, luští křížovky a dívají se spolu na televizi.

Po operaci

Spíše odpočívá, jinak se dívá na televizi, čte si noviny nebo telefonuje s manželem.

Duchovní potřeby

Paní H. je věřící, je katolička. Do kostela chodí jen na Vánoce a Velikonoce. Přítomnost duchovního v nemocnici nevyžaduje.

11 – Staňková, M., České ošetřovatelství – Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Brno,

NCO NZO 2004

12 – Trachtova, E., Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Praha, Galén, 2005

16 – Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

18 - Vlastní pozorování pacienta

19 – Rozhovor s pacientem

Psychosociální hodnocení

Pacientka je komunikativní, spolupracující, vyrovnaná, emocionálně stabilní. Zajímá se o svůj zdravotní stav, bere ho optimisticky, teší se až bude zdravá. Je připravena bojovat s případným karcinomem slinivky, na jehož histologický rozbor stále čeká. Jednu léčbu karcinomu již úspěšně prošla (adenokarcinom ledviny v roce 1996). Je věřící a má milujícího manžela, což ji bez pochyby dodává k další léčbě sílu.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY

1. Akutní bolest břicha v oblasti pravé laparotomie z důvodu duodenopancreatektomie pro tumor hlavy pancreatu projevující se verbalizací bolesti, neverbálními projevy vypovídající o bolesti a bolesti při pohybu
2. Kožní integrita porušená v oblasti operační rány (laparotomie vpravo) z důvodu duodenopancreatektomie a zavedeného drénu s rizikem krvácení a vzniku infekce a zavedeného CŽK s rizikem komplikací v podobě vzniku infekce.
3. Omezená sebepéče z důvodu provedeného operačního výkonu (duodenopancreatektomie pro tumor hlavy pancreatu) , bolesti s nutností dopomoci od ošetřujícího personálu.
4. Změna výživy pro operační zákrok na zažívacím traktu se zavedenou enterální sondou, projevující se dietou NPO s postupnou zátěží GIT.
5. Změna močení pro zavedený PMK z důvodu sledování výdeje tekutin s rizikem infekce močových cest a obstrukce močového katétru.
6. Porucha spánku z důvodu bolesti zad z dlouhodobého ležení projevující se verbalizací bolesti.
7. Strach z důvodu nejasné budoucnosti projevující se dotazováním na zdravotní stav, ujišťováním se, že bude vše v pořádku a vyžadování tohoto ujištění od ošetřujícího personálu.
8. Neznalost dietních opatření po duodenopancreatektomii z důvodu nedostatku informací projevující se nejistotou, zda zvládne plnit dietní režim vzhledem k její zálibě ve vaření.

2 – Doenges, M., Moorhouse, E.F. – kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha, Grada, 2003

8 – Marečková, J. – Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách

18 – Vlastní pozorování pacienta

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – CÍLE, PLÁN, REALIZACE, HODNOCENÍ

1. Akutní bolest břicha v oblasti pravé laparotomie z důvodu duodenopancreatektomie pro tumor hlavy pancreatu projevující se verbalizací bolesti, neverbálními projevy vypovídající o bolesti a bolesti při pohybu

Cíl

- pacientka bude vnímat zmírnění bolesti o 1-2 stupně (kontrola na VAS skóre)
- pacientka bude znát všechny možnosti úlevy od bolesti (úlevová poloha, analgetika)
- pacientka spolupracuje při kontrole a zmírnění bolesti
- bolest neovlivní kvalitu spánku

Plán

- navázat s pacientkou důvěryhodný vztah
- vysvětlit pacientce příčinu bolesti a možnosti jejího zvládnutí
- monitorovat stupeň bolesti a změnu její intenzity
- monitorovat efekt analgetik podávaných i.m
- doporučit úlevovou polohu, edukovat o možné mobilitě
- nabídnout pacientce možnost ledování
- zjistit, zda-li bolest neovlivňuje spánek
- plnit ordinace lékaře

Realizace

Ve dnech mého ošetřování má paní H. ordinovaný Dolsin 50mg časovaně po šesti hodinách, čehož paní H. pokaždé využije k úlevě od bolesti. Dále má Dolminu i.m, při bolestech, kdy už Dolsin nestačí pokrývat potřeby pacientky a i tu paní H. využívá. Bolest hodnotím 2x denně na vizuální pětistupňové analogové škále bolesti a podle subjektivních pocitů pacientky, k jejichž popisu ji podněcuji. Bolest popisuje jako ostrou podél celé laparotomie. Bolest se nikam nešíří a vždy se zmírní nebo zcela ustoupí po analgetikách. Edukuji pacientku o správném postupu při změně polohy do sedu a při vstávání. Nabízím paní H. možnost ledování. S pacientkou komunikuji a povzbuzuji ji.

Hodnocení

S pacientkou se mi podařilo navázat důvěryhodný vztah, ona se se mnou sdílí ohledně svým obtíží včetně bolesti. Vysvětlila jsem jí původ bolesti, že je v tomto stavu bolest přirozenou reakcí organismu, ale že ji lze tlumit a jak. Opiátová analgetika mají dobrý efekt, v případě nutnosti na žádost pacientky je doplníme o neopiátovou Dolminu i.m. Pacientka odmítá ledování, že je jí studený předmět na kůži nepříjemný. Bolest v operační ráně spánek neovlivňuje. Po celou dobu mých ošetrovatelských dnů plním pod dohledem ošetřující sestry ordinace lékaře. Bolest monitoruji na analogové pětistupňové škále a dle subjektivních pocitů paní H. je před aplikací Dolsinu 50mg hodnota intenzity bolesti na 2 – 3 stupni, asi 20minut po aplikaci jde hodnota k nula stupňů na analogové škále. Bolest před aplikací je stále ostrá, bez vyzařování do okolních tkání. Úlevu kromě analgetik ji přináší pokrčení dolních končetin, naopak bolest zhoršuje pohyb, hlavně pohyb do sedu a vzpřímený stoj.

2. Kožní integrita porušená v oblasti operační rány (laparotomie vpravo) z důvodu duodenopancreatektomie a zavedeného drénu s rizikem krvácení a vzniku infekce a zavedeného CŽK s rizikem komplikací v podobě vzniku infekce.

Cíl

- pacientka spolupracuje při převazu a kontrole operační rány a invazivních vstupů
- u pacientky nevzniknou žádné pooperační komplikace

Plán

- edukovat pacientku o místě a důvodu porušené kožní integrity, o důvodu aseptických převazů a o významu její spolupráce
- dodržovat aseptické postupy při převazech, volba vhodného materiálu
- častá vertikalizace a podpora soběstačnosti pacientky
- monitoring stavu operační rány i jednotlivých invazivních vstupů
- sledovat fyziologické funkce, výsledky krevních vyšetření, změn Norton scóre

Realizace

Paní H. edukuji o místě a důvodu poškozené kožní integrity, vysvětluji ji význam její spolupráce. Invazivní vstupy převazuji každý den, podle potřeby i vícekrát denně. Dodržuji aseptické postupy při převazech, používám k převazu sterilní pomůcky, sterilní krytí, vhodnou dezinfekci. Při každém převazu hodnotím společně s ošetřující sestrou stav rány a okolí vpichu katétrů a vedu pečlivý ošetrovatelský záznam o jejich stavu. (viz příloha č. 11)

Paní H. se polohuje sama a do sedu a stoje ji pomáhám já, případně sestra či fyzioterapeut. Sleduji fyziologické funkce i výsledky vyšetření krve a Norton scóre (viz fyziologické funkce str. 20, výsledky vyšetření krve str. 23 a viz příloha č. 3) a vše pečlivě zaznamenávám.

Hodnocení

Pacientka edukaci přijala a porozuměla ji, spolupracuje při převazech. Okolí vpichu i samotné vpichy CŽK se daří držet ve stavu bez známek infekce (nezarudlé, nebolestivé). Drén odstraňuji hned první den mého ošetřování, tj. 6.pooperační den, místo po něm je klidné, bez zarudnutí, kryté sterilním krytím. Operační rána je na laterálním konci mírně zarudlá a vytéká z ní serohematózní sekret. (Viz péče o operační ránu str. 26)

Pacientka měla zvýšenou tělesnou teplotu jen při jednom měření a to 37,2st.Celsia. Krevní markery poukazující na zánět jsou v normě.

Paní H. se snaží být trpělivá a statečná i přes neznámou histologii nádoru, který ji vyoperovali a sekundárně se hojící operační ránu. Spolupracuje a ptá se, když jí něco není jasné.

3. Omezená sebepéče z důvodu provedeného operačního výkonu

(duodenopancreatektomie pro tumor hlavy pancreatu) , bolesti s nutností dopomoci od ošetřujícího personálu.

Cíl

- paní H. se postupně aktivně zapojí do sebepéče
- pacientka zlepší míru své soběstačnosti

Plán

- vše pacientce vysvětlit
- věnovat pacientce dostatek času, zbytečně ji nestresovat
- podávat analgetika dle OL
- zapojit paní H. do sebepéče, poradit ji s kompenzačními pomůckami
- při hygieně zajistit dostatek soukromí, tepla, čistého prádla
- sledovat Barthel skóre

Realizace

Vysvětluji paní H., že porucha sebepéče v jejím stavu je normální, že ji ráda pomůžu a budeme se společně snažit její soběstačnost zlepšit. Jak jen je to možné se pacientce věnuji, pomáhám ji, ale snažím se nedělat věci, které zvládne ona sama. Lůžko je vybavenou hrazdičkou, pro snadnější polohování zvedání se. Při provádění hygieny zatahuji plentu, nevětrám, bráním průvanu. 2x denně převlíkáme společně s ošetřovatelkou pacientce celé lůžko včetně jejího úboru. Podávám analgetika dle OL pro zmírnění bolesti ke komfortnějšímu nácviku soběstačnosti. Každý den hodnotím stav soběstačnosti a sledujeme Barthel skóre.(viz příloha č. 2)

Hodnocení

Pacientka chápe, že ztráta soběstačnosti je po operaci normální, není to její první operace a má už s pooperačním režimem své zkušenosti z předchozích hospitalizací (viz osobní anamnéza str. 17) Paní H. se lepší v sebepéči každý den. Sama má zájem na spolupráci a také aby mohla co nejdříve odejít domů. Dělá vše proto, aby se rychleji uzdravila. Hodnocení Barthel skóre za každý den viz příloha č. 1.

4. Změna výživy pro operační zákrok na zažívacím traktu se zavedenou enterální sondou, projevující se čajovou s postupnou zátěží GIT.

Cíl

- pacientka chápe důvod ordinované čajové diety (dieta 0S)
- paní H. spolupracuje při aplikaci Nutrisonu enterální sondou
- pacientka spolupracuje při postupném zavádění stravy per os

Plán

- edukace pacientky o důvodu ordinované čajové diety
- vysvětlit paní H jak se bude strava postupně zavádět a jak má postupovat při její konzumaci
- monitorovat snášenlivost aplikovaného Nutrisonu
- monitorovat množství vypitého čaje a při dietě 1 množství snědeného jídla
- při dietě č. 1 dopomoci pacientce do sedu
- vypočítat nutričního scóre a optimálního příjmu tekutin za 24 hodin

Realizace

Edukuji paní H. o nutnosti postupného zavádění stravy per os, protože GIT se musí zatěžovat postupně. Proto nejdříve NPO, nyní čaj a postupně kašovitá až normální strava. Vysvětluji paní H. důležitost aplikace Nutrisonu enterální sondou. Při dietě č. 1 dopomáhám pacientce do sedu. Dále monitoruji množství vypitého čaje a subjektivní pocity pacientky. Zhodnotili jsme nutriční scóre i optimální příjem tekutin (viz příloha č. 7 a č. 8)

Hodnocení

Paní H. chápe systém postupného zatěžování zažívacího traktu a plně spolupracuje. Nutrison snáší dobře, průjmy ani zvracení se neobjevily. Při zavádění kašovitě stravy nemá pacientka obtíže, dopomáháme ji na jídlo do sedu. Monitorujeme množství vypitého čaje a pečlivě vedeme záznam do ošetřovatelské dokumentace. Paní H. se často zajímá o dietních omezení, které bude muset celoživotně dodržovat. Vysvětlujeme ji společně s ošetřující sestrou co bude moci a kterému jídlu se musí vyhnout. (nejdříve je nutná dieta s přísným omezením tuků – žádné maso, žádné mléčné výrobky, žádná zelenina kromě mrkve, na kterou paní H. stejně alergii, žádné ovoce kromě kompotů meruňky a jablka. Postupně se přechází na dietu s omezením tuků, kam patří nearomatické, nekořeněné potraviny, nesmažené a nemaštěné. Jen dušené. Rozšiřuje se výběr zeleniny a ovoce – banány, kompoty.) Paní H. se těžko smiřuje s dietním omezením, protože je vášnivá kuchařka a sama ráda jí, co uvaří.

5. Změna močení pro zavedený PMK z důvodu sledování výdeje tekutin s rizikem infekce močových cest a obstrukce močového katétru.

Cíl

- pacientka chápe nutnost zavedeného PMK a spolupracuje při kontrole diurézy a opatrném zacházení s PMK
- výdej tekutin bude odpovídat příjmu tekutin podle norem fyziologie organismu
- neprojeví se známky infekce z důvodu zavedeného katétru

Plán

- edukace pacientky ohledně nutnosti zavedeného PMK, o důvodu sledování diurézy a o nutnosti její spolupráce
- monitorovat příjem a výdej tekutin
- zajistit dostatečné množství přijatých tekutin
- hodnotit stav moče (barva, zápach, příměsi, koncentrace, specifická hmotnost)
- udržovat okolí zavedeného katétru v čistotě
- sledovat subjektivní i objektivní známky možného zánětu

Realizace

Edukuji pacientku ohledně nutnosti PMK a důvodu sledování diurézy, pacientka přijala moji edukaci a snaží se spolupracovat při hygieně a během celého dne. Zavedený PMK udržuji průchodný a sleduji množství a stav odvedené moče. Každý den měřím specifickou hmotnost moče a vizuálně kontrolujeme barvu a případné příměse v moči. Kontroluji subjektivní pocity pacientky, bolesti břicha, pálení...PMK pravidelně otírám, dezinfikuji jeho blízké okolí. Sledujeme společně s ošetřující sestrou výsledky krve, hlavně CRP a počet leukocytů.

Hodnocení

Pacientka přijala edukaci a snažila se celou dobu mého ošetřování spolupracovat při jeho hygieně i při monitoraci diurézy. Po celou dobu mého ošetřování se úspěšně daří udržovat močové cesty bez známky zánětu. Krevní testy jsou v relativním pořádku. Výdej tekutin odpovídá příjmu tekutin. PMK odstraňuji 8. pooperační den. (viz péče o PMK, str. 20)

6. Porucha spánku z důvodu bolesti zad z dlouhodobého ležení projevující se verbalizací bolesti.

Cíl

- bolest zad nebude ovlivňovat spánek

Plán

- upravit lůžko pacientky před spaním
- poradit pacientce s polohováním
- nabídnout lékařem ordinovaná analgetika
- hodnotit bolest dle subjektivních pocitů pacientky a na vizuálním analogovém skóre

Realizace

Před spaním ošetřující sestra upravuje lůžko pacientky, vypíná řádně prostěradlo, naklepává polštář, srovnává peřinu. To vše vím od paní H., protože nemám možnost na oddělení v nočních hodinách být. Doporučuji paní H. polohování během noci na boky. Připomínám pacientce, že jí lékař naordinoval analgetika a že dle potřeby je může využít. Hodnotím skóre bolesti.

Hodnocení

Bolesti zad přetrvávaly během dvou dní mého ošetřování. Třetí den si již pacientka nestěžovala na bolesti zad a říkala, že se vyspala velmi dobře. Myslím, že je to i tím, že se během mého ošetřování přes den více pohybovala, méně ležela a záda tak neměla přeleželé.

Diagnóza ukončena: 8.4 – 3. den mého ošetřování

7. Strach z důvodu nejasné budoucnosti projevující se dotazováním na zdravotní stav, ujišťováním se, že bude vše v pořádku a vyžadování tohoto ujištění od ošetřujícího personálu.

Cíl

- paní H. bude mít snížený pocit strachu
- pacientka bude mít dostatek informací o svém zdravotním stavu
- informace budou podané tak, aby jim pacientka porozuměla

Plán

- zajistit pacientce dostatek informací, které jsou v mé kompetenci a pokud bude pacientka chtít informací víc, požádám o ně ošetřujícího lékaře
- vymezit si na paní H. dostatek času, naslouchat ji a chápat její obavy
- komunikovat s ní a povzbuzovat ji

Realizace

Informace podávám srozumitelně, pomalou a výraznou řečí, cílenými dotazy kontroluji jestli mi pacientka porozuměla. Vymezuji si na pacientku dostatek času, kontroluji své verbální i neverbální projevy. Pacientku povzbuzuji při jakémkoli pokroku, při jakékoli snaze se zlepšit a chválím ji.

Hodnocení

Paní H. má snížený pocit strachu alespoň podle jejích projevů a veselejší nálady tak soudím. Může to být i pozitivní zkušeností z předchozích hospitalizací, i úspěšně zakončenou léčbou adenokarcinomu ledviny, kterou podsoupila. Má manžela, se kterým má velmi úzký vztah a i to ji hodně dopomáhá projít všemi těmito životními obtížemi.

Pacientka má dostatek informací, kterým porozuměla a ví, že se kdykoli může na cokoli zeptat.

8. Neznalost dietních opatření po duodenopancreatektomii z důvodu nedostatku informací projevující se nejistotou, zda zvládne plnit dietní režim vzhledem k její zálibě ve vaření.

Cíl

- pacientka bude mít dostatek informací o dietě, kterou bude muset dodržovat
- pacientka bude mít dostatek času se na cokoli zeptat

Plán

- konzultovat stav pacientky s nutričním terapeutem
- poskytnout paní H. dostatek informací v mluvené i psané podobě
- dát pacientce dostatek času na cokoli se zeptat

Realizace

S paní H. jsme rozmlouvali s ošetřující sestrou ohledně její diety (nejdříve je nutná dieta s přísným omezením tuků – žádné maso, žádné mléčné výrobky, žádná zelenina kromě mrkve, na kterou paní H. stejně alergii, žádné ovoce kromě kompotů meruňky a jablka. Postupně se přechází na dietu s omezením tuků, kam patří nearomatické, nekořeněné potraviny, nesmažené a nemaštěné. Jen dušené. Rozšiřuje se výběr zeleniny a ovoce – banány, kompoty.) a snažili se jí vysvětlit důvod diety, nutnost jejího přísného dodržování a případné následky porušení dietních opatření. Paní H. jsme dali dostatek času na cokoli se zeptat a cílenými dotazy jsme si ověřili, zda – li nám porozuměla.

Hodnocení

Paní H. porozuměla naší rozpravě ohledně diety. S nutričním terapeutem jsme nemluvili a informace v psané formě jsme pacientce též neposkytli. Podle zvyklostí nemocnice poskytuje tyto informace včetně rozpravy s nutričním terapeutem až standartní oddělení a to pár dní před plánovaným propuštěním pacientky. S ošetřující sestrou jsme ji poskytli informace o dietních opatření, které známe. Poskytly jsme jí je v menší míře než jí je poskytne nutriční terapeut, má tak alespoň čas promyslet si, na co by se ještě ráda zeptala.

4. EDUKACE

1. Edukace ohledně úlevové polohy (6.4.)

Proběhla první den mého ošetřování a konkrétně se jednalo o úlevovou polohu při bolestech zad z dlouhého ležení. Edukovala jsem pacientku já. Pacientka edukaci porozuměla.

2. Edukace ohledně pohybového režimu (6.4.)

Proběhla první den mého ošetřování a to při vstávání pacientky z lůžka a chůzi po oddělení. Edukovala jsem jsem pacientku já a během dne fyzioterapeut. Pacientka edukaci porozuměla.

3. Edukace ohledně dietních opatření (8.4.)

Proběhla třetí den mého ošetřování. Edukovala ošetřující sestra a já. Pacientka edukaci porozuměla a má dostatek času promyslet si, na co by se ráda zeptala. (Dietní opatření viz 8. ošetřovatelská diagnóza, str. 52)

4. Edukace o následujícím vývoji terapie

Pacientka byla edukována lékařem. Edukace proběhla u lůžka pacientky. Následující terapie se bude odvíjet od definitivním výsledku histologického rozboru nádoru pankreatu. Paní H. edukaci pochopila, přijala, ale stále věří, že nádor nebude zhoubný.

5. ZÁVĚR A PROGNOZA

Ošetrovatelský závěr

Paní H. je při vědomí, orientovaná časem, osobou i místem. Během mého ošetřování udělala na svém zdravotním stavu kus práce, i když není její zdravotní stav ještě zcela v pořádku.

Ošetřování své pacientky končím s tím, že paní Z.:

- má zavedený CŽK
- již není kontinuálně napojena na monitor, napojím ji pouze při měření FF
- operační rána je na laterálním konci začervenalá a vytéká z ní serohematózní sekret
- Redonův drén byl odstraněn první den mého ošetřování
- enterální sondu jsme odstranili třetí den mého ošetřování
- PMK jsme odstranili třetí den mého ošetřování
- pacientka si nestěžuje na bolesti při pravidelné aplikaci analgetik
- při pomoci do sprchy se sama umyje, sama si vyčistí zuby
- paní H. má již kašovitou stravu
- má snížený pocit strachu a obav o svoji budoucnost

Prognóza

Paní H. prodělala náročnou operaci, ze které se ale velice dobře zotavuje. Hodně záleží na histologickém vyšetření odebraného tumoru, jaká bude její cesta dál. Poslední den mého ošetřování, tj 8. pooperační den byla přeložena na standartní oddělení k doléčení.

Paní H. se velice těší na zlepšování svého zdravotního stavu. Těší se domů na manžela. Je optimistická, má radost ze života a to je nejdůležitější.

Sebereflexe

Paní H. je polymorbidní pacientka s optimistickým pohledem na svět. Pacientku jsem si nevybírala záměrně, ale od začátku ošetrovatelské praxe jsem spolupracovala s její ošetřující sestrou, která mě motivovala k výběru právě této pacientky.

První den mého ošetřování je pacientka již 6. den po operaci, cítí se dobře. Histologický rozbor nádoru, který ji odstranili, nezná, ale říká, že i kdyby výsledek odpovídal karcinomu slinivky, je připravena s nemocí bojovat. Její postoj je podle mého názoru hodně ovlivněn její pozitivní zkušeností z předchozí léčbou nádorového onemocnění (adenokarcinom ledviny), dále i dobrým rodinným zázemím, které tvoří její manžel, se kterým má velice úzký vztah.

S pacientkou se mi velice dobře spolupracovala a věřím, že i ona bude na naše společně prožité ošetrovatelské dny ráda vzpomínat.

C. ZDROJE POUŽITÝCH INFORMACÍ

1. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

- 1 – ČIHÁK, R. – Anatomie 2
Praha, Grada Publishing 2002
ISBN 80 – 247 – 0143 – X
- 2 – DOENGES, M., MOORHOUSE, E.F. – Kapesní průvodce zdravotní sestry
Praha, Grada Publishing 2003
ISBN 80-247-0242-8
- 3 – FERKO a kol. – Chirurgie v kostce
Praha, Grada Publishing 2002
ISBN 80 – 247 – 0230 – 4
- 4 – HÁJEK, M. – Chirurgie pro praktického lékaře
Praha, Grada Publishing 1995
ISBN 80 – 7169 – 108 – 9
- 5 – JUŘENÍKOVÁ, P., Ošetrovatelství pro SZŠ, chirurgie, pediatrie, gerontologie,
Uherské Hradiště, Tiskárna L.V.PRINT, 1999
- 6 – KLENER, P. – Klinická onkologie
6a – str. 107
6b – str. 429
6c – str. 430
6d – str. 431
6e – str. 432
6f – str. 433
Praha, Galén 2002
ISBN 80 – 7262 – 151 – 3
- 7 – MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J. – Patologie
Praha, Grada Publishing 2002
ISBN 80 – 247 – 0785 – 3
- 8 – MAREČKOVÁ, J. – Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách
Praha, Grada Publishing 2006
ISBN 80 – 247 – 1399 - 3

- 9 – MARTÍNKOVÁ, J. a kol. – Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů
Praha, Grada Publishing 2007
ISBN 978 – 80 – 247 – 1356 – 4
- 10 – PAFKO, P. et al. Základy speciální chirurgie
Praha, Karolinum. Galén, 2008.
ISBN 978 – 80 – 7262 – 402 – 7 (Galén)
ISBN 978 – 80 – 246 – 1451 – 9 (Karolinum)
- 11 – STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 6
– Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi,
Brno: NCONZO 2004 (55 s.).
ISBN 80 – 7013 – 323 – 6
- 12 – TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu
Brno: NCONZO 2005 (186 s.).
ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
- 13 – TROJAN, S. a kol. – Lékařská fyziologie
Praha, Grada Publishing 2003
ISBN 80 – 247 – 0512 – 5
- 14 – VOKURKA, M., HUGO J. a kol. – Velký lékařský slovník
Praha, Maxdorf Jessenius 2002
ISBN 80 – 85912 – 43 – 0
- 15 – ZEMAN, M. a kol. – Speciální chirurgie
Praha, Galén 2006
ISBN 80 – 7262 – 260 – 9

2. SEZNAM DALŠÍCH ZDROJŮ

16 – Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

17 – Ošetřující personál

18 – Vlastní pozorování pacienta

19 – Rozhovor s pacientem

20 – www.lekarna.cz

http://www.lekarna.cz/shop.php?action=extended_search (ze dne 30.4.)

21 – www.zdravcentra.cz

https://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/18469_23558.html (ze dne 30.4.)

22 – www.linkos.cz

<http://www.linkos.cz/odbornici/onkologie/nor.php> (ze dne 30.4.)

23 – www.labo.cz

<http://www.labo.cz/mft/jedjine.htm> (ze dne 30.4.)

24 – www.dietologie.cz

<http://www.dietologie.cz/poradna/dieta-pri-onemocneni-nemoci/chronicka-pankreatitida-dieta/dieta-pri-pankreatitide.html> (ze dne 30.4.)

3. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aa. – arterie (množné číslo)
ACTH – adrenokortikotropní hormon
ALP – alkalická fosfatáza
ALT – alanin transferáza
AMS – amyláza
AMS – P – fosforyzovaná amyláza
AST – aspartát amino transferáza
Bpn – bez patologického nálezu
CMP – cévní mozková příhoda
CNS – centrální nervová soustava
CRP – C – reaktivní protein
CT – computer tomography
CŽK – centrální žilní katétr
DF – dechová frekvence
DM – diabetes mellitus
Dna – metabolické kloubní onemocnění
ERCP – endoskopická retrogradní cholangiopancreatografie
Ex. – odstraněno z ordinací
GIT – gastrointestinální trakt
GMT – glutamát transferáza
Gy – jednotka dávky rentgenu
HCl – kyselina chlorovodíková
I.m. – intra muskulárně
I.v. – intra vřénózně
IM – infarkt myokardu
JIP – jednotka intenzivní péče
MR – magnetická rezonance
NPO – nic per os
P.b. – při bolesti
P.o. – per os
PMK – permanentní močový katétr
PTC – perhutánní transhepatánní cholangiografie
RHB – rehabilitace
RTG - rentgen
S.c. – sub cutánně
SpO2 – saturace kyslíkem
St. – stupeň
Str. - strana
Tbl – tableta
TEN – thromboembolická nemoc
TK – krevní tlak
TNM – skóre na hodnocení progrese nádorového onemocnění
TT – tělesná teplota
USG – ultrasonografie

PŘÍLOHY

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Barthel test pacientky 6.4. – 8.4.
3. Norton skóre
4. Hodnocení rizika pádu
5. Glasgow coma scale
6. Vizuální analogová škála
7. Dospělé nutriční skóre
8. Optimální příjem tekutin
9. Ošetřovatelská anamnéza
10. Edukační záznam
11. Plán péče o dekubity a kožní defekty
12. Ošetřovatelská překladová zpráva

Barthelův test základních všedních činností**Dne 6.4. – 6. pooperační den, 7. den hospitalizace**

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1.	Najedení, napití	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně/pomoc	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně/pomoc	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas kontinentní	5
		inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas kontinentní	5
		inkontinentní	0
7	Použití WC	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	samostatně	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9	Chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
		s pomocí 50m	10
		na vozíku 50m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně	10

s pomocí	5
neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti: 0 – 40 bodů	úplná závislost
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislost

Závěr: Ke dni 6.4. jsme paní H.naměřili 65 bodů, což odpovídá lehké závislosti.

Barthelův test základních všedních činností

Ke dni 7.4. – 7. pooperační den, 8. den hospitalizace

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1.	Najedení, napití	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně/pomoc	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně/pomoc	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas kontinentní	5
		inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas kontinentní	5
		inkontinentní	0
7	Použití WC	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

8.	Přesun lůžko-židle	samostatně	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9	Chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
		s pomocí 50m	10
		na vozíku 50m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:	0 – 40 bodů	úplná závislost
	45 – 60 bodů	závislost středního stupně
	65 – 95 bodů	lehká závislost
	96 – 100 bodů	nezávislost

Závěr: Ke dni 7.4. jsme vypočítali u paní H. 75 bodů, což odpovídá lehké závislosti.

Barthelův test základních všedních činností

Ke dni 8.4., 8. pooperační den, 9. den hospitalizace

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1.	Najedení, napití	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně/pomoc	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně/pomoc	5
		neprovede	0

5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas kontinentní	5
		inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas kontinentní	5
		inkontinentní	0
7	Použití WC	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	samostatně	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9	Chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
		s pomocí 50m	10
		na vozíku 50m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti: 0 – 40 bodů	úplná závislost
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislost

Závěr: Ke dni 8.4. jsme u paní H. vypočítali 90 bodů, což odpovídá lehké závislosti.

Příloha č. 3

NORTON SKÓRE

Skóre k hodnocení rizika dekubitů a kožních defektů

Vyhodnocení:

Méně než 14 = vysoké riziko 15 – 18 = střední riziko 18 – 20 = minimální riziko

Norton skóre – 6.4. – 1. den mého ošetřování									
Fyzický stav		Vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně Omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi Omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1
Ze dne 6.4. jsme u paní H. vypočítali 15 bodů, což odpovídá střednímu riziku.									

Norton skóre – 7.4. – 2. den mého ošetřování									
Fyzický stav		Vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně Omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi Omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1
Ze dne 6.4. jsme u paní H. vypočítali 16 bodů, což odpovídá střednímu riziku.									

Norton skóre – 8.4. – 3. den mého ošetřování									
Fyzický stav		Vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně Omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi Omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1
Ze dne 6.4. jsme u paní H. vypočítali 19 bodů, což odpovídá minimálnímu riziku.									

Příloha č.4

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Vyhodnocení: Skóre 2 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Hodnocení rizika pádu ze dne 6.4. – 1. den mého ošetřování

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie / inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální. Smyslové. Smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován	0
	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívejší dezorientace / demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a vyšší	1
Pád v anamnéze		1
Ze dne 6.4 jsme paní H vypočítali 4 body rizika pádu.		

Hodnocení rizika pádu ze dne 7.4. – 2. den mého ošetřování		
Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
	Nevyžaduje pomoc	0

Vyprazdňování	Nykturie / inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální. Smyslové. Smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován	0
	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívejší dezorientace / demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a vyšší	1
Pád v anamnéze		1
Ze dne 7.4 jsme paní H vypočítali 4 body rizika pádu.		

Hodnocení rizika pádu ze dne 8.4. – 3. den mého ošetřování		
Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie / inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky - antihypertenziva	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální. Smyslové. Smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován	0
	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívejší dezorientace / demence	1
Věk	18 – 75	0
	75 a vyšší	1
Pád v anamnéze		1
Ze dne 8.4 jsme paní H vypočítali 2 body rizika pádu.		

Příloha č. 5

GLASGOW COMA SCALE

Scóre na hodnocení kvality vědomí

Vyhodnocení:

15 – plné vědomí, **nad 13** – žádná nebo lehká porucha,
8 – 13 – porucha vědomí, **pod 8** – bezvědomí, **3** – hluboké bezvědomí

Hodnocení vědomí ze dne 6.4. – 1. den mého ošetřování		
Otevírání očí	Spontánní	4
	Na slovní výzvu	3
	Na bolestivý podnět	2
	Nereaguje	1
Motorická odpověď - na slovní výzvu nebo na bolestivý podnět	Adekvátní	6
	Lokalizuje bolest	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Bez odpovědi	1
Slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje	5
	Dezorientovaný, konverzuje	4
	Neadekvátní výrazy a slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Bez odpovědi	1
Reakce zornic	rychle	++
	pomalů	+
	nereaguje	-
	otok	c
Vědomí jsme u paní H. Dne 6.4. zhodnotili na 15 bodů, tedy plné vědomí.		

Hodnocení vědomí ze dne 7.4. – 2. den mého ošetřování		
Otevírání očí	Spontánní	4
	Na slovní výzvu	3
	Na bolestivý podnět	2
	Nereaguje	1
	Adekvátní	6

Motorická odpověď - na slovní výzvu nebo na bolestivý podnět	Lokalizuje bolest	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Bez odpovědi	1
Slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje	5
	Dezorientovaný, konverzuje	4
	Neadekvátní výrazy a slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Bez odpovědi	1
Reakce zornic	rychle	++
	pomalů	+
	nereaguje	-
	otok	c
Vědomí jsme u paní H. Dne 7.4. zhodnotili na 15 bodů, tedy plné vědomí.		

Hodnocení vědomí ze dne 8.4. – 2. den mého ošetřování		
Otevírání očí	Spontánní	4
	Na slovní výzvu	3
	Na bolestivý podnět	2
	Nereaguje	1
Motorická odpověď - na slovní výzvu nebo na bolestivý podnět	Adekvátní	6
	Lokalizuje bolest	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Bez odpovědi	1
Slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje	5
	Dezorientovaný, konverzuje	4
	Neadekvátní výrazy a slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Bez odpovědi	1
Reakce zornic	rychle	++
	pomalů	+
	nereaguje	-
	otok	c
Vědomí jsme u paní H. Dne 8.4. zhodnotili na 15 bodů, tedy plné vědomí.		

Příloha č. 6

VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI



0 1 2 3 4 5

Příloha č. 7

DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE

Vyhodnocení:

0 – 3b = nízké riziko (není nutná nutriční intervence)
4 – 7b = střední riziko (nutné vyšetření dietní sestrou)

8 – 12b = vysoké riziko (nutná speciální nutriční intervence)

Hodnocení stavu výživa u paní H. Ze dne 6.4. – 1. den mého ošetřování			
	0b – věk do 65 let	1b – věk nad 65 let	
	0b – BMI 20 – 35	1b – BMI 18 – 20, nad 35	2b – BMI pod 18
Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	1b – 0 – 3 kg	2b – 3 – 6 kg	3b – nad 6 kg
Množství jídla za poslední 3 týdny	0b – beze změny	1b – poloviční porce	2b – jí občas nebo nejl
Projevy nemoci v současné době	0b – žádné	1b – nechutenství, bolesti břicha	2b – zvracení, průjem
Stres	0b – žádný	1b – chron.nemoc, DM, menší chir.zárok	2b – rozsáhlý chir.výkon, UPV, pobyt na JIP
U paní H. Jsme zhodnotili nutriční skóre na 3b, což je nízké riziko.			

Příloha č. 8

OPTIMÁLNÍ PŘÍJEM TEKUTIN za 24 hodin

Optimální příjem tekutin u paní H. stanovený dne 6.4.	
Novorozenec	60 – 100 ml
Kojenec	120 – 150 ml
Batole	100 ml
Předškolní děti	90 ml
Školní dítě	60ml
Dospělý	30ml
Vypočítáno pro paní H. 3120ml na 24 hodin	

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

**do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne

jméno a příjmení zájemce

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou

přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 30. 4. 2009

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis

